

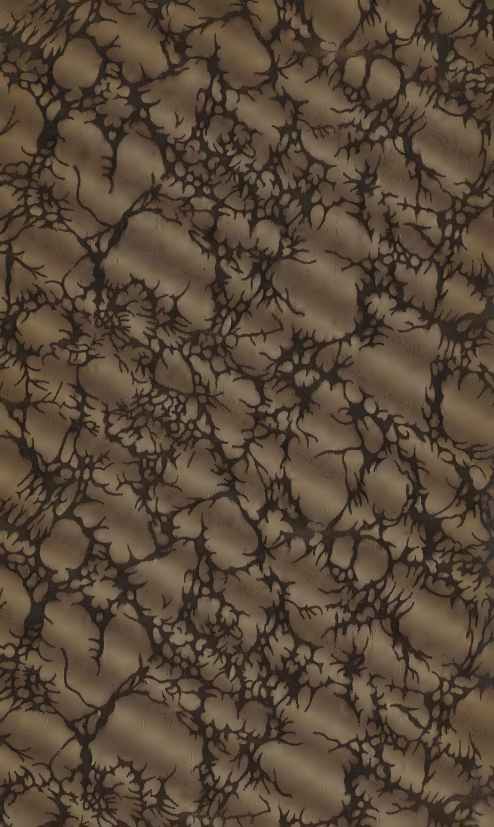
Ayez le respect des Livres

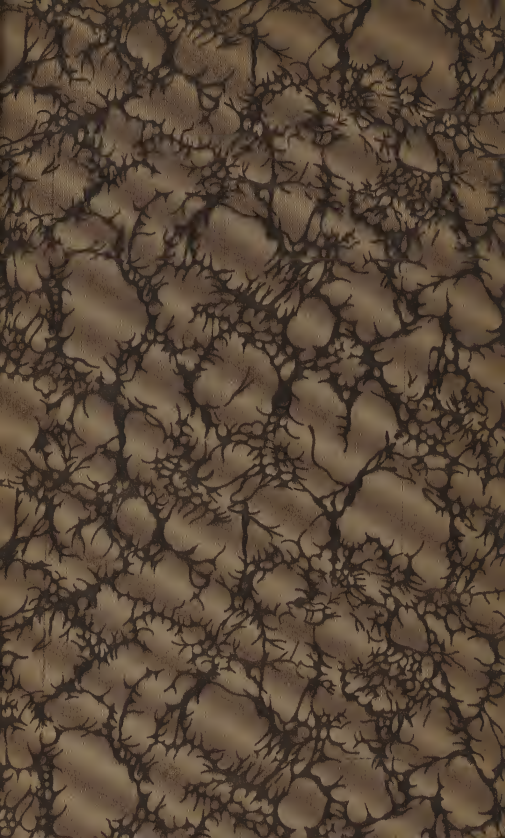
BIBLIOTHÈQUE
DE LA
FACULTÉ DE MÉDECINE

Salles de Lecture

Remettez ce livre à sa place

après consultation





23106
90152

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1938

TOME PREMIER

ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :

(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours),
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITÉ DE RÉDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, COURBON, Ach. DELMAS, DEMAY, G. DUMAS, DUPOUY,
EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL, LAIGNEL-LAVASTINE,
LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE, MARCHAND,
MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART, ROGUES DE FURSAC,
SÉGLAS, SÉRIEUX, Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR,
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XV^e SÉRIE — 96^e ANNÉE — 1938
TOME PREMIER



90152

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

TABLE DES MATIÈRES

QUINZIÈME SÉRIE - 96^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Désordres de la fonction hypnique et hallucinations, par M. J. LHERMITTE.....	1
La technique actuelle du test psycho-diagnostique de Rorschach, par M. M. MONNIER.....	15
Traitement de la schizophrénie par le pentaméthylentétrazol (cardiazol), par M. H. DELGADO.....	23
Les " kinésies de jeu " chez les idiots, par M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. H. EY.....	145
Sur les modifications post-traumatiques du système nerveux chez les enfants et les adolescents, par M. N. OSERETZKY et M ^{lle} Z. STCHEGLOVA....	158
Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine, par MM. P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PURCH et P. SASSI.....	167
Les troubles de la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale, par MM. R. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT.....	289
Les délires secondaires au traitement de la paralysie générale, par MM. A. RÉQUET et J. TURIN.....	298
Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses, par M. Mares CAHANE et M ^{me} Tatiana CAHANE.....	311
Soixante ans de psychose maniaco-dépressive, par M. M. OLIVIER et M ^{me} CHEVALIER-GAZANIOL.....	321
Étude systématique de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles ou pré-séniles, par MM. BARGUES, CORCELLE et BERTHON.....	433
Des ulcérations gastriques chez les aliénés, par M. J. DRETTLER.....	451
A propos de l'hygiène mentale, par M. E. MINKOWSKI.....	467

	Pages
Des modifications qui pourraient être apportées à la loi du 30 juin 1838, par MM. J. HAMEL et J. LAUZIER.....	561
Lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion, par M. J. PICARD.....	571
Histoire des projets de révision de la loi du 30 juin 1838, par M. M. DESRUELLES.....	585

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-psychologique (1852-1938).....	42
Bureau pour 1938.....	44
Liste des membres.....	44

Séance du 13 janvier 1938

Remarques cliniques sur la période précomateuse au cours du traitement des états schizophréniques par l'insulinothérapie. La phase de coma considérée comme non nécessaire, par MM. Y. PORCH'ER et M. LECONTE.....	66
Forme cérébrale évolutive anormale d'une syphilis héréditaire, par MM. MARCHAND, STORA et M ^{me} GAULTIER.....	70
Kinésie de jeu chez les idiots, par M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. H. EY... ..	74
Syndrome de Korsakoff alcoolique aigu, par MM. GUIRAUD, H. EY et M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX.....	74
Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe chez un enfant de 3 ans 1/2. Origine encéphalitique probable, par M ^{me} S. LECONTE-LORSIGNOL.....	77

Séance du 24 janvier 1938

Allocution de M. René CHARPENTIER, ancien président.....	83
Allocution de M. A. FILLASSIER, président.....	88
Adoption du procès-verbal.....	91
Correspondance.....	91
Commissions des prix.....	92
Élection d'un membre titulaire.....	92
Élection de quatre membres correspondants nationaux.....	93
L'examen de conscience et les voix, par M. P. JANET.....	93
L'insulinothérapie des schizophrènes réfractaires à la cure habituelle, par M. H. BERSOT.....	101
A propos du mécanisme de la mort dans les tumeurs cérébrales, par MM. F. ADAM et O. HANSCH.....	109
Démence traumatique ; réactions revendicatrices indépendantes du préjudice, par M ^{lle} S. ROUSSET, MM. G. DAUMÉZON et J. MASSON.....	116

Séance du 10 février 1938

Pages

Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER, H.-M. GALLOT et H. MIGNOT.....	188
Psychose hallucinatoire chronique et syphilis, par MM. R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN.....	192
Sidéro-dromomanie et dipsomanie chez un déséquilibré, par M. R. STORA et M ^{me} GAULTIER.....	197
Diplégie cérébrale chez un enfant atteint d'idiotie congénitale et d'épilepsie. Foyers pseudo-kystiques multiples cérébraux et protubérantiels. Absence d'hérédité-spécificité, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER.....	200
Claustromanie, coprochésie et trichophorie par aboulie psychasthénique, par M. P. COURBON et M ^{me} BUVAT-POCHON.....	207

Séance du 28 février 1938

Décès du Dr Georges PETIT.....	217
Adoption du procès-verbal.....	219
Correspondance.....	219
Election d'un membre associé étranger.....	219
Écriture en miroir chez un médium, par M. A. POROT.....	220
Manies de veuvage, par M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. H. EY.....	225
Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste (Manie après veuvage), par MM. X. ABÉLY et M. LECONTE.....	232
Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective. Etat psychologique normal après ablation de la tumeur et des deux pôles frontaux, par MM. H. BARUK, M. DAVID et H. ASKÉNASY.....	241
Injectons intrarachidiennes de Vitamine B ₁ dans la psycho-polynévrite de Korsakow, par MM. E. MARTINOT et P. NEVEU.....	242

Séance du jeudi 10 mars 1938

Sur l'évolution des délires d'influence. Trois degrés de déficit résiduel, par MM. J. VIÉ et M. VILLEMEZ.....	327
Hyperkinésie gesticulaire et démence, par M. P. COURBON et M ^{me} BUVAT-POCHON.....	333

Séance du lundi 28 mars 1938

Adoption du procès-verbal.....	338
Correspondance.....	338
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire.....	338
Congrès internationaux de psychiatrie.....	339
Tremblement de type pithiatique, céphalée avec bouffées confusionnelles, perturbations sympathiques cervicales (d'origine traumatique). Guérison par le venin de cobra, par MM. H. BARUK et R. MATHON.....	339
Troubles abasiques hystériformes chez un parkinsonien post-encéphalitique, par MM. P. SIVADON et P. QUÉRON.....	345
Automutilation à but thérapeutique chez un dément présénile à forme dépressive, par MM. P. SIVADON et P. QUÉRON.....	347

Résultats du traitement de cent onze cas de paralysie générale par le stovarsol sodique, par M. L. MARCHAND.....	349
La thérapeutique convulsivante de la démence précoce par le pentaméthylènetétrazol (cardiazol), par MM. R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN.....	357
Les manifestations motrices chez l'enfant, de la naissance à trois mois, par M. M. BERGERON.....	367
Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M ^{lle} C. CHATAGNON.....	373

Séance du lundi 25 avril 1938

Adoption du procès-verbal.....	486
Correspondance.....	486
L'enseignement de Magnan à l'asile Clinique Sainte-Anne. Quelques souvenirs, par M. A. FILLASSIER.....	487
Sootome avec hallucinations lilliputiennes d'origine épileptique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT.....	491
Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive. Importance du bilan des fonctions vitales, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M ^{lle} C. CHATAGNON.....	494

Séance du jeudi 12 mai 1938

Syndrome préfrontal au cours d'une psychose hallucinatoire chronique. Hémorragies méningées puis hémorragie ventriculaire terminale. Étude anatomo-clinique, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M ^{lle} C. CHATAGNON.....	624
--	-----

Séance du lundi 23 mai 1938

Adoption du procès-verbal.....	638
Correspondance.....	638
Modifications à l'ordre du jour de la séance.....	639
Date de la séance de juillet.....	639
Le Centenaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Éloge de la loi, par M. A. FILLASSIER.....	639
La protection des biens des malades dans la loi de 1838, par M. Xavier ABÉLY.....	655
La loi de 1838 et les enfants, par M. Th. SIMON.....	665
L'esprit des projets de révision de la loi du 30 juin 1838, par M. M. DESRUELLES.....	667
Un demi-siècle d'assistance des aliénés avant la loi de 1838, par M. Paul CARRETTE.....	674

RÉUNIONS ET CONGRÈS

12^e RÉUNION DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DES ORGANISATIONS D'EUGÉNIQUE

(Scheveningen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936)

	Pages
Nouvelles directives pour une politique de la population inspirée par l'hygiène raciale, par M. I.-A. MJOEN.....	255
Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation en Thuringe, par M. ASTEL.....	255
Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical, par M. E. RÜDIN.....	255
Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande, par M. RUTKE.....	256
La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie, par C. BRUGGER.....	256
Pronostic hérédologique empirique et études gémellaires en psychiatrie, par M. LUXENBURGER.....	256
Résultats et problèmes des études sur la gémellité en neurologie, par K. CONRAD.....	256
Des mutations chez l'homme, par M. E. HANBHART.....	257
Recherches sur des jumeaux criminels et psychopathes, par M. STRUMPFEL...	257
Transformations des races dues aux influences climatiques, par M. E. RODENWALDT.....	257
La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques, par M. K. HANSEN.....	257

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

XLII^e Session (Alger 6-11 avril 1938)

<i>Discours inaugural</i> , par M. le D ^r Th. SIMON.....	526
---	-----

Rapport de Psychiatrie

Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales, par M. D. SANTENOISE.....	527
---	-----

Rapport de Neurologie

Les formes cliniques inhabituelles de la neurosyphilis, par P. NAYRAC..	530
---	-----

Rapport d'Assistance psychiatrique

Pages

L'assistance psychiatrique indigène aux colonies, par M. H. AUBIN.....	533
--	-----

I. Communications de Psychiatrie

Sur la pathogénie de certaines formes frustes de neuro-syphilis, par M. J. DUBLINEAU.....	535
Forme inhabituelle de paralysie générale : méningoencéphalite chronique et réactions humérales négatives, par MM. L. MARCHAND, VIGNAUD et J. PICARD.....	535
Bouffées délirantes et convulsions chez une syphilitique : hémiplegie après injections de bismuth, par MM. A. POROT, BARDENAT et SUTTER.....	535
Syphilis nerveuse latente et délinquance morbide, par M. MOLIN de TEYSSIEU.....	535
Un cas d'échokinésie chez un indigène, par MM. A. POROT, BARDENAT et SUTTER.....	536
Psychose hallucinatoire chronique et sarcomatose diffuse méningée, par MM. L. MARCHAND et G. DEMAY.....	536
Un cas de délire d'interprétation à thème radiesthésique, par MM. J. LAUZIER et P. GUILLEMINOT.....	536
La digestion chez les épileptiques, par M. P. HARTENBERG.....	536
L'abcès de fixation dans le traitement des psychoses aiguës, par M. Mazhar OSMAN UZMAN.....	536
Notes historiques sur l'assistance des aliénés en Afrique du Nord, par MM. H. BERSOT et J. DESRUELLES.....	536

II. Communications concernant l'insulinothérapie

Recherches sur le mécanisme d'action de l'insulinothérapie, par MM. P. COMBEMALE, H. WAREMBOURG et D. PARSY.....	537
De l'influence de la Vitamine B ₁ sur l'hypoglycémie insulinaire, par M. H. BERSOT.....	537
Essai d'insulinothérapie dans la thérapeutique de certaines maladies mentales, par M. J. TRILLOT.....	537
Du traitement des états de sitiophobie par l'insuline, par MM. A. MERLAND et J. CAMBASSÉDÉS.....	537
Etat de stupeur chez une confuse diabétique. Guérison par les chocs insulinaires, par M. J. TRILLOT.....	537
Un cas de résistance à l'insuline, par MM. BARDENAT et SUTTER.....	538

III. Communications de Neurologie

Sclérose en plaques et syphilis nerveuse, par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ...	538
Réflexions au sujet de la coexistence de l'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse et du syndrome de splénomégalie chronique avec anémie, par MM. DUMOLARD, SARROU et PORTIER.....	538
A propos de l'étiologie des méningites, par MM. Mazhar OSMAN UZMAN et H. DILEK.....	538
Séquelles de myélite ascendante au cours de la vaccination antirabique, par MM. A. CRÉMEUX et M. TEITELBAUM.....	538

	Pages
Gangrène des extrémités inférieures au cours d'une forme pseudo-polyné- vritique de sclérose latérale amyotrophique à marche lente, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et J. BOUDOURESQUES.....	539
Syndrome de Basedow. Rétrécissement du champ visuel. Troubles de la pigmentation cutanée. Radiothérapie hypophysaire, par MM. DUMOLARD, SARROUY, SCHOUSBOE et TILLIER.....	539
Quelques remarques sur l'énurésie, par M. H. CHRISTOFFEL.....	539

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

<i>Séance du jeudi 6 janvier 1938</i>	123
<i>Séance du jeudi 3 février 1938</i>	248
<i>Séance du jeudi 3 mars 1938</i>	516
<i>Séance du jeudi 31 mars 1938</i>	518
<i>Séance du jeudi 5 mai 1938</i>	681

Séance de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du samedi 18 décembre 1937</i>	125
<i>Séance du samedi 29 janvier 1938</i>	251
<i>Séance du samedi 26 février 1938</i>	380
<i>Séance du samedi 26 mars 1938</i>	520
<i>Séance du samedi 30 avril 1938</i>	683

Société belge de Neurologie

<i>Séance du samedi 29 janvier 1938</i>	253
<i>Séance du samedi 26 mars 1938</i>	522

Groupement belge d'Etudes Oto-neuro-ophtalmologiques et Neuro-chirurgicales

<i>Réunion commune du samedi 18 décembre 1937 (avec les Sociétés belges de Neurologie et de Pédiatrie)</i>	126
<i>Séance du samedi 30 avril 1938</i>	685

VARIÉTÉS

	Pages
Hôpitaux psychiatriques : Honorariat.....	143
— — Nominations.....	143, 428, 731
— — Postes vacants.....	144, 428, 732
— — Concours pour la nomination d'une place de pharmacien en chef de l'hôpital psychiatrique de Vauclaire.....	144
— — Nécrologie.....	287, 427, 731
— — Légion d'Honneur.....	287
— — Distinctions Honorifiques.....	427
— — Concours pour quinze postes de Médecin-chef.....	428, 732
— — Concours pour deux postes de Médecin-chef du département de la Seine.....	429, 733
— — Cinquantenaire de la fondation de l'Association Amicale des Internes de la Seine.....	429
— — Commémoration du centenaire de la loi de 1838 sur les aliénés.....	733
— — Création d'établissements d'assistance psychiatrique.....	734
Médecine légale : Aliénation mentale et divorce.....	734
— — Accroissement de la criminologie infantile et du nombre de suicides en Angleterre.....	735
Nécrologie : Georges PETIT (1883-1938), son œuvre.....	431
— — Georges MARINESCO (1864-1938).....	736
Réunions et Congrès : Conférence des psychanalystes de langue française.....	288
— — XVII ^e Réunion neurologique internationale annuelle.....	430
— — XI ^e Congrès des sociétés d'Oto-neuro-ophtalmologie de langue française.....	430
— — Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile.....	430
— — Société suisse de Psychiatrie.....	431
— — Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association.....	431
— — VI ^e Congrès de l'Association des maisons de santé psychiatriques au Japon.....	559
— — Réunion commune de la Société de Biotypologie et de la Société française de Psychologie.....	735
— — Réunion neuro-psychiatrique en l'honneur du Dr Smith Ely Jelliffe.....	735
— — V ^e Réunion européenne d'hygiène mentale.....	736
— — XI ^e Congrès international d'Histoire de la Médecine.....	736
Société Médico-Psychologique : Séances.....	143, 287, 427, 559, 731

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

- Abcès de fixation dans le traitement des psychoses aiguës** (Mazhar OSMAN UZMAN), 536.
- Acalculie** (E. KRAFF), 264.
- Acétylcoline intra-artérielle (action contracturante de l')** (A. LANARI), 707.
- (effets de l') sur les symptômes somatiques de l'anxiété (Maxwell SCHAW JONES), 717.
- Action extérieure (syndrome d')** (P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE), 133.
- Adie (syndrome d')** (P. DOROLLE, PRADAL et NGUYEN-VAN-TAN), 140 ; (Filippo CARDONA), 404 ; (POROT), 516 ; (I. ROST), 542.
- Adiposo-génital (syndrome) des adolescents** (E. APERT), 280.
- Adynamie progressive avec troubles sympathiques** (L. I. CHARGORODSKY et E. V. SCHMIDT), 271.
- Affectifs (choes). Influence sur le psychisme des enfants** (G. Paul-BONCOUR), 695.
- Alcool et sécurité de la route** (W. M. FAIRLIE), 712.
- Alcoolisme (complications nerveuses de l'). Traitement par la strychnine** (P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI), 167.
- chronique. Altérations médullaires (V. DIMITRI), 705.
- chronique. Altérations endocrines (Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, J. DELARUE et H.-P. KLOTZ), 709.
- Alzheimer (maladie d'). Type dit juvénile** (George A. JERVIS et Samuel E. STOLZ), 699.
- . Psychopathologie (David A. BOYD), 700.
- Amnésie consécutive à un traumatisme crânien** (A. H. FORTANIER et T. A. KANDOU), 402.
- Amyotrophie (nouveau type d')** (G. MARINESCO), 124.
- myélopathique progressive consécutive à une injection de sérum antitétanique (J. LHERMITTE), 518.
- héréditaire atypique (B. SMIRNOW et J. STOBESKY), 702.
- Anosmie-agueusie d'origine traumatique** (J. HELSMOORTEL jr., R. NYSSSEN et R. THIENPONT), 141.
- Arachnoïdite spinale avec amyotrophie** (BRANDON CARAFFA et PEIROTTI), 702.
- Argyll-Robertson (signe d'). Pathogénie** (Filippo CARDONA), 542.
- dans la paralysie générale (Roque ORLANDO et Braulio A. MOYANO), 706.
- Assistance des aliénés en Europe. Historique et statistique** (Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT), 417.
- psychiatrique indigène aux Colonies (H. AUBIN), 533.
- des aliénés en Afrique du Nord. Historique (H. BERSOT et M. DESRUELLES), 536.
- médico-sociale des aliénés délinquants et des délinquants aliénés (Cuvillos), 724.
- Asthme et angine de poitrine. Traitement par les opérations sympathiques et thyroïdiennes** (Henri GORDARD), 721.
- Astrocytome à début pariétal. Amyotrophie avec contractions fibrillaires et épilepsie jacksonienne à prédominance sensitive** (H. ROGER, M. ARNAUD, Y. POURSINES et J.-E. PAILLAS), 681.
- Ataxie héréditaire** (E. LUX), 405.
- subaiguë curable (J.-A. CHAVANY), 703.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS du Congrès des Aliénistes et Neurologistes.

- Ataxies corticales et problème des localisations (A. GERBETZOFF), 253.
 Atrophie cérébrale circonscrite, maladie de Pick (Ruggiero PASQUALINI), 550.
 Atrophie musculaire type Charcot-Marie avec névrite optique et polyglobulie (Ch. SARROUY), 519.
 Atrophies musculaires médullaires (Costas BOUKIS), 554.
 Auditifs (déficits) méconnus et entraves psycho-phonétiques (G. de PAREL), 398.
 Automatisme mental (syndrome d') de G. de Clérambault (Annibal SILVEIRA), 401.
 Automutilation à but thérapeutique chez un dément précoce à forme dépressive (P. SIVADON et P. QUÉRON), 347.
 Avitaminoses expérimentales. Altérations nerveuses (H. M. ZIMMERMAN), 553.

B

- Basedow (maladie de) avec accès maniaque (LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER, H. M. GALLOR et H. MIGNOT), 438.
 Basedow (syndrome de). Rétrécissement du champ visuel. Troubles de la pigmentation eutanée. Radiothérapie hypophysaire (DUMOLARD, SARROUY, SCHOUSBOE et TILLIER), 539.
 Benzédrine (effet de la) dans les états dépressifs (E. GUTTMANN), 717.
 — (sulfate de). Effets sur l'humeur et la fatigue (Abraham MYERSON), 717.
 Brome. Rôle physiopathologique (P.-A. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON), 274.
 Bromures (les) dans l'épilepsie clinique et expérimentale (Benjamin BOSNES), 285.
 Brucellienne (infection). Réactions du type exogène (B. N. SERAFIMOW), 547.
 Brûlures (encéphalopathie secondaire aux) graves et étendues (Joseph H. GLOBUS et Morris B. BENDER), 262.
 Bulbe (syndrome latéral du) chez un angineux. Traitement chirurgical (René LERICHE et APPEL), 720.
 Bulbocapnine dans le traitement des troubles du comportement (R. L. JENKINS), 718.

C

- Calotte (faisceau central de la). Lésion avec retentissement olivaire (ALAJOUANINE et HORNET), 518.

- Caractère (troubles du) chez l'enfant (Albert CRÉMIEUX), 135.
 Carbone (tétrachlorure de). Intoxication (P. LANDE et P. DERVILLÉE), 712.
 Cardiazol. Traitement de la schizophrénie (H. DELGADO), 23.
 —. La thérapeutique convulsivante de la démence précoce (R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN), 357.
 — (diagnostic différentiel des convulsions provoquées par le) (Albrecht LANGELOEDER), 544.
 — (l'accès épileptique provoqué par le) (Giuseppe CAMPAILLA), 545.
 — (l'épreuve au), test diagnostique de l'épilepsie (G. MUYLE), 683.
 — (glycémie provoquée par le) chez les schizophrènes (P. CLEMENS), 684.
 — (le traitement convulsivant par le), calme l'agitation périodique des épileptiques (A. LENOY), 684.
 Catatonique (syndrome) par insuffisance ovarienne (P. TOMESCO et AL. VASILESCO), 557.
 Céphalo-rachidien (liquide) chez les syphilitiques (Eshern LOMHOLT), 278.
 — dans les commotions et les contusions cérébrales (H. SCHÖNSTEDT), 411.
 — Variations de pression et glycorachie par les agents pharmacodynamiques chez les déments précoces et les épileptiques (Luigi TELATIN), 411.
 — L'équilibre acide-base dans les maladies organiques du système nerveux (Lucio BINI), 412.
 — Réactivation chez les neurosyphilitiques (Cristoforo RIZZO), 556.
 — Spectre d'absorption (Hugo MELLA et Mabel M. BLUMBERG), 706.
 Choc (thérapeutique de) dans les psychoses (Augusto PIRES DE LIMA), 716.
 Cholestérol sanguin (variations du) dans la radiothérapie du corps thyroïde (Max LÉVY et L. GALLY), 276.
 Chorée de Huntington (J. FRYDMAN), 262.
 — Anatomie pathologique (S. MESSING), 269.
 — avec psychoses atypiques (MEIERHOFER), 550.
 Chorée (hémipar) avec lésion du noyau caudé (A. AUSTREGESILLO et A. BORGES-FORTE), 704.
 Chorées chroniques. Anatomie pathologique (Daniel M. LIPSHUTZ), 269.
 Chvostek (signe de) dans l'enfance (M. SCHAECHTER), 398.
 Cirrhoses (lésions nerveuses intra-hépatiques dans les) (Lucien CORNIL et Michel MOSINGER), 706.

- Cirrhotiques** (manifestations neurologiques des) (Henri ROGER, Lucien CORNIL et Jean-L. PAILLAS), 704.
- Coma diabétique. Mécanisme et traitement** (H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et E. LELU), 286.
- Conflits sociaux et psychoses** (Maurice LECONTE), 387.
- Conjonctivo-lymphatiques** (réactions neurotiques) (Louis ALQUIER), 269.
- Conscience** (l'examen de) et les voix (P. JANET), 93.
- Convulsions chez les enfants. Traitement** (G. PETERMAN), 286.
- (hématologie des) (Arthur GUIRDHAM), 707.
- Coquelucheuse** (éclampsie) (Josef SCHEFFEN), 262.
- Corps calleux** (lipome du) (G. GANDER), 552.
- (tumeurs du). Syndrome mental (Bernard J. ALPERS), 700.
- Corticales** (localisations et ataxies) (Michel A. GEREBTZOFF), 523.
- Cortico-diencephalo-hypophysaires** (corrélations) dans la régulation de la veille et du sommeil (Albert SALMON), 708.
- Courtois** (signe de) dans le coma par lésion cérébrale circonscrite (Paul SIVADON), 264.
- Crampes, atrophie musculaire; cachexie terminale** (ALAJOUANINE et OLIVIER), 517.
- professionnelles. Traitement par les solanées (J.-A. CHAVANY), 719.
- Cranio-pharyngiome** à prolongement frontal. Syndrome de Forster-Kennedy. Troubles pyramidaux (J.-A. BARRÉ, KABAHER et Mlle BRUCKMANN), 682.
- Cure bulgare** dans les séquelles post-encéphaliques (Jean ROURE), 693.
- Cushing** (maladie de). Etude anatomoclinique (E. HERMAN et J. S. MERENLENDER), 270.
- Cysticercose multiple du cerveau** (I. B. STERN et N. A. BASKINA), 551.
- Démence précoce** (choc émotif à l'origine de la) (Nerio ROJAS, José BELLEY et Primo MEANA COLODRERO), 138.
- , Régulation calorique et réactions du froid (Isidore FINKELMAN et W. Mary STEPHENS), 138.
- (la), dégénérescence myélinique multiple (Henry MARCUS), 268.
- (la fonction hépatique dans la) (GIANNELLI et CAMPIONI), 274.
- , Etiologie (G. HEUYER), 396.
- , Thérapeutique (Pierre MASQUIN), 713.
- Démence sénile** (courbe glycémiqme dans la) (Salvatore di MAURO), 555.
- Déments précoces** (gastrogrammes des) atteints de mérycisme (F. BARISON), 396.
- Désagrégation cérébrale. Réapparition des réactions infantiles** (M. FORSTMEYER et Ch. PALISA), 550.
- Déséquilibre mental** à réactions antisociales? (existe-t-il un traitement du) (Louis VERRAECCK), 722.
- Diabète bronzé avec infantilisme tardif** (M. LABBÉ, R. BOULIN et P. UHRY), 283.
- , Action de l'extrait testiculaire (Lucien CORNIL et Jean E. PAILLAS), 283.
- Diabétiques** (psychoses) (Bengt J. LINDBERG), 140.
- Digestives** (affections). Influence sur certaines maladies nerveuses (Maurice LOEPER et Léon MICHAUX), 705.
- Diphtériques** (paralysies). Traitement par éthérisation (P. HENNEBERT), 254.
- Diplégie cérébrale** chez un enfant atteint d'idiotie congénitale et d'épilepsie (L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER), 200.
- Dipsomanie** (la) est-elle une impulsion? (Mario PESERICO), 403.
- Discours de la Méthode. 3^e Centenaire**, 552.
- Dystrophie musculaire neuro-endocrinienne** (Henri CLAUDE, F. COSTE et J. FAUVET), 283.
- Décompression ponto-cérébelleuse** dans le traitement du vertige et des arachnoïdites (Henri ABOLKER), 721.
- Délinquance juvénile** (G. HEUYER), 425; (C. MILLER), 426.
- Délinquant** (constitution du) équatorien (José CRUZ), 726.
- Delirium tremens** et abcès du poumon (Henri DAMAYE), 402.
- , Traitement (Ph. PAGNIEZ), 719.
- Démence traumatique** (Mlle S. ROUSSET, G. DAUMÉZON et J. MASSON), 446.

D

E

- Ecorce cérébrale.** Eléments cytologiques (A. DEWULF), 253.
- Genèse (Hans JACOB), 408.
- Ecriture en miroir chez un médium** (A. POROT), 220.
- Educación** (difficultés dans l') des enfants et des jeunes gens (TRAMER), 710.
- Emotif** (variété d'), l'impressionnable vagotonique (H. CODET), 134.
- Emotionnelles** (psychoses). Clinique et psychologie (M. BUONICONTI), 400.
- Encéphalite épidémique.** Manifestations psychiques et troubles sexuels des formes tardives (Maurizio MAZZEI), 548.
- Encéphalites psychosiques** (Jean MILLOT), 385.
- Encéphalitiques** soumis à la cure bulgare avec syndrome délirant hallucinatoire (Oswaldo MICO), 548.
- Encéphalomyélite nérotique subaiguë** (RISER, GÉRAUD et PLANQUES), 703.
- Endocrines** sexuelles. Action sur le psychisme (Pierre COMBEMALE), 556.
- Endocrinologie.** Acquisitions nouvelles (R. RIVOIRE), 391.
- Tests physiothérapiques (J.-A. HUET), 708.
- Endocrino-hépto-cardiaque** (syndrome) (L. de GENNES, J. DELARUE et R. de VÉRICOURT), 282.
- Enfance** (protection de l'). La loi belge du 15 mai 1912 (MAUS), 426.
- Enfants difficiles** (types d') (R. GRÜNEBERG), 398.
- Enfants arriérés.** Traitement par la diélectrolyse transecrébrale à l'iode et au calcium (Mme J. SKRZYPINSKA), 425.
- Enseignement** (l') de la neuro-psychiatrie et du service de santé militaire au Val-de-Grâce (B. POMMÉ), 540.
- Enurésie** (H. CHRISTOPPEL), 539.
- infantile, complexe psycho-biologique (Pierre MASQUIN), 546.
- , symptôme psychogène (Mme O. CODET), 546.
- Epilepsie réflexe** (A. RADOVICI, M. SCHACHTER et S. KISIKEV), 260.
- (le foie dans l') (Arthur GUIRHAM et A. W. PETTIT), 275.
- (variations des protéines du plasma dans l') (Mario CONTINI), 275.
- mentale chez l'indigène nord-africain (SUTTER), 388.
- (métabolisme de l'eau dans la genèse de l') (Carlo TERRON), 415.
- et cure bulgare (Guglielmo COLOGNESE), 423.
- et diurétiques mercuriels (C. PERO et A. RUBINO), 423.
- symptomatique à caractères hystéroïdes avec terrain infectieux (K. A. SKVORTZOV et A. I. SKIPTOV), 545.
- infantile. Etat de la barrière hémato-encéphalitique (S. M. ZEITLIN), M. MODEL et M. I. TOUREZKIJ), 555.
- réflexe par excitation physiologique (PITHA), 681.
- Epileptiformes** (crises) guéries par expulsion de vers intestinaux (P. T. KASAKOW), 261.
- Epileptiques** (toxicité du sang des) (V. M. BUSCAINO et V. LONGO), 412.
- (la digestion chez les) (P. HARTENBERG), 536.
- Epivan sodique** (effets de l') sur la pression du liquide céphalo-rachidien (E. N. BUTLER), 279.
- Equilibration** (à propos du rôle des lobes préfrontaux dans l') (M. ROQUIER), 123.
- Equilibre** (des réactions d') chez l'homme (Jules ZADOR), 690.
- Erotisme sénile** chez la femme (Eugène GELMA), 402.
- Erotomanie**, illusion délirante d'être aimé (Gaston FERRIÈRE), 385.
- Causes affectives (Jean FRETET), 386.
- Etat marbré** (A. MEYER et L.-C. COOK), 270.
- Ethérisme** en Silésie polonaise (M. WIENDLOCHA), 712.
- Exophtalmie basedowienne** (L. JUSTIN-BESANÇON), 141.

F

- Fièvre provoquée** (l'urine dans la). Rapport entre la courbe leucocytaire et le phénomène d'obstacle de Donaggio (G. CAMPAILLA et L. TELATIN), 414.
- Fièvres artificielles** (épisodes délirants associés aux) (Franklin G. EBAUGH, Clarke H. BARNACLE et Jack R. EWALT), 717.
- Fistule d'Eck.** Lésions encéphaliques consécutives (N. FIESSINGER, L. CORNIL, Y. POURSINES et J. PAILLAS), 552.
- Friedreich** (maladie de) familiale (D. KLEIN), 265.
- Frontale gauche** (lésion de la 3^e) sans aphasia (Marcos VICTORIA), 264.

G

- Ganglions sémi-lunaires** chez les tuberculeux. Histopathologie (Carlo PASSA), 271.
- Gaz d'éclairage** (hyperkinésies dans l'intoxication par le) (E. STENGEL et J. ZELLMAYER), 404.

- Gémellaires (études) et pronostic hérédologique empirique (LUXENBURGER), 256.
- Gémellité (la) en neurologie (K. CONRAD), 256.
- Génie et folie (Raffaele BERNARDI), 694.
- Globe pâle (syndromes du) (Clovis VINCENT et Ludo van BOGAERT), 142.
- Globules rouges (rapidité de sédimentation des) dans les maladies mentales (Celso SANI), 275.
- Graves (maladie de). Influence étiologique du trauma psychique (Israel BRAM), 282.
- Guillain-Barré (syndrome de) à localisation mésocéphalique (P. MARTIN et J. TITECA), 127.
- et varicelle (CLÉMENT et KETELBANT), 128.
- Origine toxique de la paralysie (HEERNU), 254.

H

- Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe. Encéphalite probable (Mme S. LECONTE-LORSIGNOL), 77.
- auditives (force déterminante des) (A. CONDOMINE et M. BEAUJARD), 133.
- de présence extérieure invisible (Fernando GORRITI), 401.
- visuelles (H. BARUK), 401.
- (scotome avec) lilliputiennes d'origine épileptiques (LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT), 491.
- Hallucinatoire (psychose) chronique et syphilis (R. ANGLADE, P. ROGER et M. ROUGEAN), 192.
- curable de la ménopause et poussée hypertensive (P. CHATAGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON), 373.
- chronique et sarcomatose diffuse méningée (L. MARCHAND et G. DEMAY), 536.
- Hallucinoïde méscencéphalique (E. M. ZALKIND), 541.
- Haschisch (aspect schizophrénique dans les intoxications par le) (E. V. MASLOV et A. K. STRELJUCHIN), 698.
- Heine-Medin (maladie de). Formes méningées (Raul CIRILS AZUÑE), 703.
- Hématoporphyrine (l') dans la mélancolie (J. HUEHNERFELD), 285.
- dans le traitement de la dépression mélancolique (Conrado O. FERRE), 718.
- dans le traitement des psychoses affectives (Edward A. STRECKER, Harold D. PALMER et Frances J. BRACE-LAND), 718.
- Hémialgie secondairement bilatéralisée par vascularité bulbaire (M. FAURE-BEAULIEU), 248.
- Hémianesthésie hystérique. Etude électro-encéphalographique (Jean TITECA), 380.
- Hémiplégie déficitaire par tumeur sous-corticale sans hypertension, ni stase (J.-A. BARRÉ, KABAHER et CHARBONNEL), 518.
- Hémorragie cérébrale évoluant comme un hématome (MASSION-VERNIORY), 253.
- Hépatolo-lenticulaire (dégénérescence). Etudes anatomo-cliniques (Ludo van BOGAERT et Edouard WILLOCK), 704.
- Hérédité (hygiène de l') dans la législation allemande (RUTKE), 256.
- (l') dans la schizophrénie et l'épilepsie (F. MINKOWSKA), 393.
- de la schizophrénie (A. GALATSCH-JAN), 394.
- et Epilepsie (K. CONRAD), 543.
- dans les psychoses maniaco-dépressives et schizophréniques (Gabriel DESHAIES), 688.
- (étude de l') dans la psychiatrie polonaise (S. BOROWIECKI), 711.
- Hérédo-dégénération spino-cérébelleuse et syndrome de splénomégalie (DUMOLARD, SARROUY et PORTIER), 538.
- Hérédo-pronostic (le problème de l') (Alfred RÖLL et Josef Lothar ENTRES), 397.
- Hoffmann (signe d') (Dean H. ECHOLS), 701.
- Hölderlin (Friedrich). Rapports de sa maladie mentale et de sa faculté poétique (Rudolf TREICHLEN), 393.
- Homosexualité. Psychothérapie (I. S. SUMBAYER), 408.
- Hydromérencephalie (J. HUROWITZ), 269.
- Hygiène mentale (à propos de l') (E. MINKOWSKI), 467.
- Hygiène raciale. Une politique de la population (I.-A. MJOEN), 255.
- dans la politique de l'habitation en Thuringe (ASTEL), 255.
- (nouvelles lois allemandes d') du point de vue médical (E. RÜDIN), 255.
- Hyperglycémique (index), élément du pronostic (P. K. Mc COWAN), 707.
- Hyperkinésie gesticulaire et démence (P. COURBON et Mme BUVAT-POCHON), 338.
- Hyperparathyroïdisme expérimental. Surcharge de l'appareil cardio-vasculaire (R. LERICHE, A. JUNG et S.-M. DUPERTUIS), 280.
- (les signes rénaux de l') R. LERICHE et A. JUNG), 281.
- Hyperpnée chez les épileptiques (S. GARRETTO et A. ROMERO), 415.

- Hyperthermie due aux lésions de l'hypothalamus** (Bernard J. ALPERS), 271.
- Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire** (Henri STEVENIN et Félix FRANCHET), 281.
- Hyperthyroïdisme** (Jules BAUER), 281.
- Traitement médical ou chirurgical? (Francisco SALAMERO), 286.
- Hypnique** (désordre de la fonction) et hallucinations (J. LHERMITTE), 1.
- Hypnose** (l') et ses mécanismes physiologiques (Paulina H. de RAMINOVICH), 272.
- et système nerveux végétatif (N. K. BOGOLEPOV), 546.
- Hypocondrie** (Félix BROWN), 695.
- Hypoglycémie insulinaire** chez les psychopathes. Apparition de signes neurologiques (A. OPALSKI), 714.
- Hypophysaire** (cachexie) et anorexie mentale (Maurice LOEPER et René FAU), 709.
- Hypophysaires** (les hormones) dans certaines psychoses (Mares CAHANE et Tatiana CAHANE), 341.
- (affections). Leçons cliniques (M. LANGERON), 390 ; —. Physiothérapie (R. DESPLATS), 390.
- Hypophyse** (rôle de l') dans le métabolisme hydrocarboné (Mares CAHANE), 709.
- Hystérie** (l') et son traitement. Conceptions nouvelles (J. BOISSEAU), 284.
- et psychose périodique (H. BARUK et Mlle Y. GÉVAUDAN), 397.
- (l'), névrose d'expression (A. HERNARD), 543.
- (l'), maladie héréditaire (WEGANDT), 543.
- Hystérique** (état crépusculaire) (W. RIESE et A. REQUET), 260.
- Hystéro-mentales** (réactions) (R. NYSSEN), 251.
- Infundibulaire** (syndrome) (J. LHERMITTE), 124.
- Inhibition** (états d') schizophréniques. Réactions de déblocage schizophréniques (K. Th. DUSSIK), 714.
- Insuline** (variations du calcium, du potassium et des globules blancs sous l'influence de l') (Mme H. JANKOWSKA), 276.
- (traitement des maladies mentales par l') (G. BYCHOWSKI, M. KACZYNSKI, C. KONOPKA et K. SZCZYTT), 420.
- (résistance à l') (BARDENAT et SUTTER), 538.
- (influence des fortes doses d') sur la circulation (St. EMILJANOWICZ), 713.
- Insulinique** (traitement) des malades mentaux en état de dénutrition (A. E. BENNETT et Elvin V. SENRAD), 285.
- (traitement) des psychoses. Phénoménologie de l'état hypoglycémique (Ch. PALISA et M. SAKEL), 421.
- Insulinothérapie** (traitement des états schizophréniques par l') (Yves PORCHER et M. LECONTE), 66.
- des schizophrènes réfractaires à la cure habituelle (H. BERSOT), 404.
- Mécanisme d'action (P. COMBEMALE, H. WARENBURG et D. PARSY), 537.
- de certaines maladies mentales (J. TRILLOR), 537.
- des schizophrènes. Documentation expérimentale en Pologne (Fr. BEREZOWSKI), 713.
- Interprétation** (délire d') à thème radiesthésique (J. LAUZIER et P. GUILLEMINOT), 536.
- Intoxications alimentaires** (Julius BURNFORD), 729.

J

- Judiciaire** (autorité). Le cahier des revendications des psychiatres (R. TITECA), 684.
- Jumeaux criminels et psychopathes** (STRUMPF), 257.

K

- Kinésie** de jeu chez les idiots (Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et H. EY), 74, 145.
- Korsakoff** (syndrome de) alcoolique aigu (GUIRAUD, H. EY et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX), 74.
- Kystes hydatiques** du cerveau identifiés par l'aérocystographie (E. DRAGONAS et G. VLAVIANOS), 406.

I

- Ictus paralytique** (traitement de l') (P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO), 425.
- Imbéciles** (enfants). Psychologie affective et instinctive, 134.
- Impuissance sexuelle** (Adrian STEPHEN), 267.
- virile fonctionnelle. Traitement par la sympathicectomie lombaire (Nicola PENDE), 721.
- Infanticide** (deux cas d') (PFISTER-AMMENDE), 726.
- Infantilisme** par tumeur de la poche de Rathke (LUQUE et MORCILLO), 270.
- Influence** (délires d'). Evolution (J. VIÉ et M. VILLEMEZ), 327.
- (syndrome d'). Anomalies de perception (I. WEISSFELD), 400.

L

- Législation argentine. Contrôle des stupéfiants, 724.
- Leucodystrophie progressive familiale (Ludo van Bogaert et René Nyssen), 142.
- Lipiodiagnostic (le) sous-arachnoïdien est-il dangereux ? (J. Haguénau), 706.
- Loi du 30 juin 1838 (modifications qui pourraient être apportées à la) (J. Hamel et J. Lauzier), 564.
- , Lacunes en cas d'évasion (Jean Picard), 571.
- , Projets de révision (Maurice Desruelles). Histoire, 585; — Esprit, 667.
- , Centenaire. Eloge de la loi (A. Fillassier), 639.
- , Protection des biens des malades (Xavier Abély), 655.
- (la) et les enfants (Th. Simon), 665.
- (un demi-siècle d'assistance avant la) (Paul Carrette), 674.

M

- Magnan (l'enseignement de) à l'Asile clinique Sainte-Anne (A. Fillassier), 487.
- Maine de Biran et l'anthropologie philosophique (P. L. Landsberg), 701.
- Maladies mentales. Etudes biologiques et cliniques (A. Courtois), 384.
- Malaria inoculée (incubation de la) en rapport avec les groupes sanguins (N. I. Poguibko), 414.
- Malariathérapie de la paralysie générale (H. Suckow), 422.
- dans la neuro-syphilis (F.-I. Tarsis et J. U. Landesmann), 423.
- et démence précoce (Pierre Masquin), 716.
- Malarique (cure) de la paralysie générale. Mécanisme (G. M. Davidson), 716.
- Maniaco-dépressifs (états). Hérité (Roberti, Gianferrari et Cantoni, Fattovitch et Nicolei, Rizzati et Martinengo, d'Ormea et Centini, Volpi et Ghirardini, Puga, Rostan, Calzavara, Coen, Pellacani et Antonini jr.), 397.
- Maniaco-dépressive (psychose) durant soixante ans (Maurice Olivier et Mme Chevalier-Gazaniol), 324.
- Maniaco-dépressive (psychose) chez deux jumelles (H. Selzer), 138.
- , Réaction de Donaggio (F. Perniola), 279.
- Manies de veuvage (Mme Bonnafous-Sérieux et Henri Ey), 225; (Xavier Abély et Maurice Leconte), 232.
- Mariage (médecine et) (R. Biot, H. Bon, F. Dumaret, J. Gate, J. Gaucherand, E. Lancrenon, M. Péhu, W. Riese, G. Thibon et H. Vignes), 391.
- Masochisme (S. Nacht), 389; —. Origine et théorie des pulsions (R. Loewenstein), 389.
- Mécanisme (à propos du) de la mort dans les tumeurs cérébrales (F. Adam et O. Hansch), 409.
- Médecine (pour une) du corps et de l'esprit (René Biot, R. Duval-Arnould et Pierre Merle), 692.
- Médulloblastome kystique de l'adulte (Christophe et Divry), 524.
- Meduna (méthode de von). Application à la schizophrénie et à un cas de paralysie générale (Honorio Delgado), 715.
- Mélancoliques (idées obsédantes dans les états (R. J. Golant), 403.
- Membre fantôme (le) (Georges Ridoch), 259.
- Méningées (influence des tumeurs) sur le tissu cérébral (H. J. Sherer), 409.
- Méninges cérébro-spinales. Pathologie (N. Zand), 553.
- Méningiomes de la petite aile du sphénoïde (troubles mentaux dans les) (Marcel David et Hervé Askenasy), 263.
- , Formes anormales (D. Petit-Dutailis et L. Ectors), 409.
- Méningites. Etiologie (Mazhar Osman Uzman et H. Dilek), 538.
- Méningo-leuco-encéphalite atypique subaiguë chez un enfant (G. Marinesco), 263.
- Mescaline (psychoses artificielles produites par la) (Erich Guttmann), 280.
- Mésencéphalo-hypophysaire (le système (O. Gagel et W. Mahoney), 410.
- Métabolisme basal chez les aliénés (S. Hryniewicz), 279.
- Meurtre (le) de Pakur (D. P. Lambert et H. Captain), 725.
- Microglie. Origine (Dinô Bolsi), 408.
- Migraine. Rapports entre les formes paroxystiques et celles de l'épilepsie (Paul Matzdorff), 545.
- , Physiopathologie (Viggo Christensen), 545.
- , Traitement physiopathologique (Th. Alajouanine et R. Thurel), 719.
- « Mnémisme » et théorie de la réactivité conditionnelle (J. Mazurkiewicz), 259.
- Moelle épinière (la vie sans) (H. Hermann), 272.

- Moi corporel (image du), ses déformations pathologiques (Jean LHERMITTE et E. TCHEHRAZI), 258.
- Mongolisme chez un jumeau dont le frère est normal (MATTIOLI), 548.
- Morphinomanie au dispensaire (N. V. KANTOROWITCH), 547.
- Motilité (troubles sui generis de la) (Gabriel LANGFELDT), 547.
- Motrices (manifestations) chez l'enfant de la naissance à trois mois (Marcel BERGERON), 367.
- Musique (action de la) chez les aliénés (Amedeo RICCI), 392.
- Mutations (des) chez l'homme (E. HANHART), 257.
- Myélite zostérienne (J. LHERMITTE et AJURIAGUERRA), 249.
- ascendante (séquelles de) au cours de la vaccination antirabique (A. CRÉMIEUX et M. TEITELBAUM), 538.
- Myoclonie et épilepsie (ALAJOUANINE et THUREL), 123.
- et épilepsie (E. ZEBRINI), 142.
- Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées et oculaires dans une sclérose en plaques (J. DEREUX), 249.
- Mythomanie simple (LÉVY-VALENSI), 695.
- Myxœdémateux (le cœur des) (E. AZÉRAD et J. FACQUET), 282.
- Myxœdème. Aspects psychiatriques (Andrew J. E. ARELAITIS), 282.

N

- Narcose (utilisation de la) prolongée en psychiatrie (A. BERGANZ et Mme A. DEGACAROWA), 272.
- prolongée dans le traitement des psychoses (N. A. CHEVELEV), 424 ; — (B. L. LANDROF), 424.
- prolongée (la calcémie dans la) (T. J. HENNELLY et E. D. YATES), 707.
- Natalité (restriction de la). Raisons sociales et psychiatriques (V. LUNIEWSKI), 417.
- (limitation de la) chez les oligophrènes (W. LUNIEWSKI), 711.
- Nerfs craniens (composants fonctionnels des) chez les vertébrés (R. CORDIER), 685.
- Neurinomes intra-thoraciques au cours de la maladie de Recklinghausen (G. CARRIÈRE et Cl. HURIEZ), 554.
- Neurocrinie hypophysaire (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 557.
- Neurofibrilles (nouvelle méthode d'imprégnation des) (A. DEWULF), 522.
- Neuro-psychiatrie infantile et réflexes conditionnés (Paul MEIGNANT), 542.

- (conception dynamique de la) par application des principes de Jackson (Henri Ey et Julien ROUART), 687.
- Neuro-psychiatriques (syndromes) infantiles et juvéniles (J. ROUBINOVITCH), 398.
- Neuro-syphilis. Formes frustes (J. DUBLINEAU), 335.
- Formes cliniques inhabituelles (P. NAYRAC), 530.
- Neuro-végétatif (système) des mélancoliques (Robert DEFFUANT), 688.
- (système) des épileptiques (Mme DEFFUANT de GALLANDE), 689.
- (système). Histophysiologie (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 708.
- Neuro-végétatifs (troubles) dans les maladies mentales (D. SANTENOISE), 527.
- Névralgie phrénique (DURIEU et DAGNÉLIE), 522.
- lombaire au cours d'un effort (A. SOUQUES), 703.
- Névrose obsessionnelle et phobies (Emilio PIZARRO CRESPO), 268.
- obsessionnelle (Gregorio BERMAN), 268.
- traumatique, simulation inconsciente et camptocormie (ANGEL, A. MASCIOTRA et Nicolas LETTIERI), 728.
- Nicotinique (intoxication). Effets nocifs expérimentaux sur le système nerveux (A. STIEF et St. HUSZAK), 410.
- Noyau rouge (lésion ancienne du) (Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Mlle Jacqueline GUILLAIN), 250.

O

- Obsédants (états) (Aubrey LEWIS), 134.
- Obsessionnelle (psychose). Problème pronostique (Filippo CARDONA), 697.
- Obsessionnels (états) (V. V. BRAILOWSKY), 403.
- Obsessions-impulsions (valeur des) en médecine légale psychiatrique (P. CHAVIGNY), 727.
- Occipital (syndrome du trou) par abcès du lobe frontal (MASSION-VERNIORY), 254.
- Oculo-moteurs (nerfs). Physiologie (B. POMMÉ), 273.
- Oligophrènes et service militaire (A. MALINOWSKI), 727.
- Oligophrénie (degrés d'). Parenté hérédobiologique (C. BRUGGER), 256.
- (A. BOROWIECKI, A. DOWZENKO et Mme DOWZENKO), 699.
- (l') envisagée comme facteur criminologique dans la délinquance infantile (Mme S. ROSENBLUM), 727.
- Oligo-ponto-cérébelleuse (atrophie) (D. NOICA, J. NICOLESCO et E. BANU), 410.

Onanisme chez un garçon (Jan Koneczak), 399.

Opothérapie antisexuelle dans l'érotisme des psychopathes et des criminels (Giovanni de Nigris), 424.

P

Paget (maladie de). Altérations encéphaliques (V. Dimitri et J. Arano-vitch), 705.

Pallido-dentelée (affection dégénérative spéciale) (Georges Guillaïn, Ivan Bertrand et Lucien Rouquès), 265.

Paludéenne (psychoses d'origine) (Guillermo Uribe Cualla), 698.

Panvascularite cérébrale diffuse d'origine vraisemblablement traumatique (P. Nicaud, M. Bolgert et J. Gerbeaux), 552.

Parallélisme psycho-physiologique. Trois réfutations (A. Miroglio), 551.

Paralysie spastique spinale familiale (W. Röhrich), 702.

Paralysie générale. Troubles de la sensibilité à la douleur (R. Nyssen et R. Busschaert), 299.

— (délires secondaires au traitement de la) (A. Réquet et J. Turin), 298.

— Guérison de 111 cas traités par le stovarsol sodique (L. Marchand), 349.

— (les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la) (H. Claude, J. Dublneau, P. Masquin et Mlle Bonnard), 413.

— Forme inhabituelle à réactions humorales négatives (L. Marchand, Vignaud et J. Picard), 535.

— (les ictus dans la) (A. Kral et H. Leffmann), 549.

— (création littéraire dans un cas de) avec aphasie (Kaczynski), 549.

— Syndromes neurologiques atypiques (Roque Orlando), 697.

— (Évolution de la) est-elle modifiée par les thérapeutiques modernes ? (P.-A. Chatagnon et Mlle C. Chatagnon), 716.

Paralytiques généraux malarisés (immunité vis-à-vis du spirochète chez les) (A. Beck), 279.

— Etudes généalogiques (Hermann Selzer), 393.

— (cent). Parenté ascendante et collatérale (Konrad Troegen), 393.

— Chances de survie et de guérison (P. Vervaeck), 521.

— Changements de la personnalité dans les rémissions (Mme M. M. Mirskaia et A. Z. Rosenberg), 697.

Paranoïaques (enfants) (Gilbert Robin), 695.

Paraplégie par ramollissement aigu de la moelle au cours de la grossesse (J.-A. Barré et Cosino d'Andrade), 249.

— spasmodique par tumeur dorsale extradurale (J.-A. Barré et A. Charbonnel), 517.

Parathyroïdes et diabète (Jean Olmer et Jean E. Pallas), 281.

— et oreille (A. Malherbe), 281.

Paratyphique B (toxine). Action cataleptogène (G. de Nigris et C. Mariani), 415.

Parkinson post-encéphalitique. Métabolisme des corps créatiniques (V. Porta et G. Pellizzoli), 277.

Parkinsonien post-encéphalitique. Troubles abasiques hystériformes (P. Sivadon et P. Quéron), 345.

Pédagogie des enfants arriérés (Th. Simon), 383.

Pensée et imagination. Psychologie générale et psychopathologie (Honorio Delgado), 700.

Périvascularites (variabilité des) au cours des encéphalites (I. Bertrand et K. Miyashita), 409.

Perméabilité méningée. Examen d'après la méthode de Walter (S. Hryniewicz), 277.

Personnel (instruction du) des établissements psychiatriques en Suisse (H. Bersot), 418.

— (formation du) des asiles en Suisse (Morgenthaler), 418.

Peur (la) chez les enfants (Hilda Weber), 266.

Phobies et obsessions (Mme Louis Melroy), 696.

Pneumogastrique (nerf). Physiologie (B. Pommé et J. Duguet), 273.

Poisons exotiques (S. Rajagopal Naidu), 726.

Polioencéphalite aiguë chez un enfant (G. Guillaïn, P. Mollaret et I. Bertrand), 270.

Poliomyélite antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire en extension (Laignel-Lavastine et H. Mignot), 248 ; (Bourguignon et Laignel-Lavastine), 516.

— Physiothérapie (Duhem), 720.

Polynévrite avec hyperalbuminose (Dagnélie), 128.

— rappelant le syndrome de Guillain et Barré (Cohen), 128.

Polynévrites craniennes symétriques (Maere), 128.

Polyradiculonévrite. Dissociation albumino-cytologique et œdème papillaire (P. van Geuchten), 127.

— (syndrome de) avec hyperalbuminose (Barré), 130.

- Polyradiculonévrites.** Dissociation al-bumino-cytologique (L. van BOGAERT, F. PHILIPS, J. RADERMECKER et Th. VERSCHRAEGEN), 126.
- du type Guillain-Barré. Etiologie (A. BIÉMOND), 127.
- Polyurie** schizophrénique. Facteurs psychogénétiques (Wilbur R. MILLER), 701.
- Potentiel (le)** d'oxydation et de réduction en pathologie (M. SEREJSKIJ et S. SCHNERSON), 273.
- Préfrontal (syndrome).** Psychose hallucinatoire. Hémorragies méningée et ventriculaire (P. CHATAGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON), 624.
- Pressions** sous-arachnoïdienne, artérielle et veineuse dans les affections nerveuses organiques (A. KULKOW et A. M. STERNBERG), 556.
- Psychanalyse** infantile (Mme Sophie MORGENSTERN), 389.
- Psychasthénie** (O. S. OZEREIZKOWSKI), 139.
- Psychasthénique** (claustromanie, coprochésie et trichophorie par abou-lie) (P. COURBON et Mme BUVAT-POCHON), 207.
- Psychiatrie** coloniale (Angelo BRAVI), 387.
- médico-légale. Problèmes discutables (Louis VERVAECK), 723.
- Psychiques** (fonctions). Localisation (J. MAZURKIEWICZ), 540.
- Psychologique** (l'année) (Henri PIÉRON), 382.
- Psychopathie** d'origine infectieuse (Gonzalo BOSCH et Ernesto Daniel ANDIA), 139.
- Psychose** réactionnelle secondaire familiale (Lauretta BENDER), 400.
- Psychoses** combinées (J. DRETHER), 132.
- dites de réclusion (L. KORZENIOWSKI), 132.
- (les) intermédiaires entre la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive (P. CHATAGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON), 494.
- Psychoses** endogènes. Réactions exogènes et constitution (V. A. GUILLAROVSKY), 131.
- Psychothérapie.** Indications (P. HARTENBERG), 721.
- Formes diverses (P. HARTENBERG), 722.
- Puberté** précoce (Antonio TOMASSINO), 280.
- Puerperal** (schizophrénie et psychose maniaque - dépressive associés à l'état) (G. M. DAVIDSON), 396.
- Puerpérale** (éclampsie). Séquelles tardives (P. KOESTER), 405.
- Puerpérales** (psychoses). Nosologie et héredo-biologie (H. ROEMER jr.), 402.
- Pyramidal** (syndrome extra-) en quête d'un diagnostic (G. MUYLE et L. van BOGAERT), 380.
- (syndrome) déféclitaire (J.-A. BARRÉ), 702.
- Pyrétothérapie** soufrée et sels d'or associés dans certaines démences pré-coces (J. DUBLINEAU), 716.
- Pyrifer** (hyperthermie par le) dans la thérapeutique de la schizophrénie et de la paralysie générale (Italo GIUFFRÉ), 422.

R

- Race** (apport de la) dans les maladies mentales héréditaires (René MARTIAL), 416.
- Races** (transformation des) dues aux influences climatiques (E. RODENWALDT), 257.
- Racines** postérieures (excitation des). Production de lésions abdominales expérimentales (J. TINEL, G. UNGAR, A. GROSSIORD et J. L. PARROT), 554.
- Radio** et Hygiène mentale (A. REPOND), 558.
- Rage** humaine. Etude anatomique (J. TINEL), 519.
- Ramollissement** cérébral et troubles mentaux (M. LEROY), 125.
- médullaire au-dessus d'une compression extra-durale (Th. ALAJOUANINE, Th. HORNET, M. ULLMANN et J. DELORRE), 250.
- Raynier** (Julien). Son œuvre (H. BEAUDOUIN, J. HAMEL, G. DEMAY, J. LAUZIER et P. SCHÜTZENBERGER), 710.
- Réflexe** de Rossolimo (J. F. RITTMESTER), 140.
- photo-moteur (mesure du) dans la paralysie générale (NATRAÇ et FRANCHONNE), 251.
- oculo-cardiaque et maladies mentales (João COELHO), 260.
- (un) pyramidal, l'extension du pouce (W. A. BACHTIAROW), 404.
- Réflexes** toniques dans les affections périphériques (A. CHAMBOUROFF), 407.
- cervicaux toniques chez les malades psychiques (J. I. LIBERMAN), 541.
- conditionnés et chronaxie (DRABOVITCH), 542.
- Religieuses** (tendances) en Asie et troubles mentaux (V. WINIARZ et J. WIELAWSKI), 133.
- Rénal** (fonctionnement) dans les maladies mentales (Antonio TOMASSINO), 414.
- Responsabilité** familiale des délits commis par les aliénés (Oscar RODRIGUEZ), 286.
- Réticulée** (formation) (MONIER), 682.

Rétinienne (Etude systématique de la circulation) chez des déments séniles et pré-séniles (BARGUES, CORCELLE et BERTHON), 433.

S

Schizophrènes polyuriques et non-polyuriques (Francis H. SLEEPER et E. M. JELLINEK), 395.

— traités par l'insuline. Métabolisme des changements hématologiques (J. TRACZYNSKI), 555.

— (examen pneumo-encéphalographique des) (E. de AGUIAR WHITAKER), 699.

— (réaction des) au choc hypoglycémique par l'insuline (Joseph WORTIS), 714.

Schizophrénie et paralysie générale (V. A. GUILLAROWSKI), 136.

— Influence de la narcose prolongée (V. A. GUILLAROWSKI), 137.

— infantile. Etude de la mortalité (M. I. DOZENKO et Mme E. S. FATOWA), 137.

— (altérations organiques dans la) (Emilio PELAZ), 274.

— (hérédité de la) (A. GALATSCHJAN), 394.

— infantile (C. BAUMANN et R. VEDDER), 394.

— sur un fond de crétinisme (W. PLATTNER), 395.

— (émotivité et trouble de la pensée dans la) (H. SEXANER), 395.

— (les rémissions dans la) (L. Ffimenty), 395.

— (la courbe glycémique dans la) (Salvatore di MAURO), 414.

— Thérapeutique convulsivante (Albert BROUSSEAU), 419.

— Traitement par le choc hypoglycémique (Karl Theo DUSSIK et Manfred SAKEL), 419.

— Traitement par l'insuline (J. BORYSOWICZ et St. WYTEK), 420.

— Syndromes de torpeur par le choc insulinaire (H. SALM), 421.

— Diagnostic des formes légères (V. P. OSSIPOW), 698.

— Rôle des facteurs psychogènes (D. GRINBERG), 699.

— Traitement par le cardiazol et l'insuline combinés (A. DOMASZEWICZ et A. ERA), 715.

Schizophrénies. Délimitation (E. IRAZOUQUI VILLALONGA), 136.

Schizophrénique (psychose) chez un enfant de 4 ans (Mme S. Z. GALATZKAIA), 394.

Schizophréniques (psychoses). Traitement par le choc insulinaire (E. BAUER), 713.

Sclérose en plaques et syphilis nerveuse (H. ROGER et J. ALLIEZ), 538.

— aiguë chez deux sœurs (L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT et M. GODLEWSKI), 682.

— familiale. Etude anatomique (G. MARINESCO et N. JONESCO-SISESTI), 682.

Sclérose latérale amyotrophique. Histopathologie et pathogénèse (Mario GOZZANO), 410.

— (ALAJOUANINE), 517.

— avec gangrène dans une forme pseudo-polynévritique (H. ROGER, J. PAILLAS et J. BOUDOURESQUES), 539.

Scopolamine-chloralose (l'association) (H. BARUK et RACINE), 124.

Sentiment (psychologie générale et psychopathologie du) (Honorio DELGADO), 700.

Services ouverts (inspection des) par les pouvoirs publics (J. TITECA), 252.

Sexuelle (prématuration) liée à l'hydrocéphalie (J. LHERMITTE), 520.

Sexuelles (thérapeutique des anomalies) par la castration (Jacques LEY), 520.

Sidéro-dromomanie et dipsomanie chez un déséquilibré (M. R. STORA et Mme GAULTIER), 497.

Simmonds (maladie de) (Th. de MARTEL et GUILLAUME), 519.

Sitiophobie. Traitement (RUBENS), 125.

— Traitement par le choc insulinaire (Lello GRIMALDI et Antonino TOMASINO), 421.

— (traitement des états de) par l'insuline (A. MERLAND et J. CABBASSÈDES), 537.

Société Médico-Psychologique.

— Liste des Présidents, Secrétaires et Trésoriers, 42.

— Bureau pour 1938, 44.

— Liste des membres, 44.

— Allocution de M. le Dr René CHARPENTIER, ancien président, 83.

— Allocution de M. le Dr A. FILASSIER, président, 88.

— Commissions des prix, 92.

— Décès du Dr Georges PETIT, 217.

— Reprise des Congrès internationaux de Psychiatrie, 339.

— Annonce de la mort du Pr. MARINESCO, 638.

— Vœu concernant le Centenaire de la loi de 1838, 680.

— NOMINATIONS. Membre titulaire : PERSBORFF, 92. — Membres correspondants nationaux : DELMOND, FERDIÈRE, SCHERRER, THUILLIER, 93.

- M. DAVIU, 220. — *Membre associé étranger* : DRETIER, 220.
- Sodoku (traitement de la neuro-syphilis par le) (G. E. A. ROTHESTRÖM), 284.
- Sommeil (le) dans les maladies nerveuses et mentales (A. SZÉKY), 259.
- , Etudes électro-encéphalographiques (G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER), 416.
- Spasme de torsion. Tableau clinique (Jules ZADON), 704.
- Stase papillaire (R. BING), 403.
- Stérilisation (loi norvégienne de) de 1934 (K. HANSEN), 257.
- (la loi danoise de) (Gunnar WAD), 416.
- (la) en Suède (Nils von HOFSTEN), 416.
- (progrès de la) aux Etats-Unis (P. POPENOR), 417.
- Stovarsol (résultats du traitement de 111 cas de paralysie générale par le) sodique (L. MARCHAND), 249.
- Strychnine (la) dans les complications nerveuses de l'alcoolisme (P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI), 167.
- (la), traitement spécifique de l'alcoolisme (Conrado O. FERRER), 719.
- Stupeur (état de) chez une confuse diabétique. Guérison par les chocs insuliniques (J. TRILLOT), 537.
- Sucre (métabolisme du) dans les états post-encéphaliques (V. PORTA et L. MONZEGGIO), 277.
- (le) du liquide céphalo-rachidien et du sang dans la neuro-syphilis non traitée (Purcell G. SCHUBE), 707.
- Suicide (différents types de) (Gregory ZILBOORG), 138.
- Surrénales (insuffisances) légères (STÉVENIN), 283.
- Surrénalite hémorragique aiguë. Syndrome de Waterhouse-Friderichsen (E. RUTISHAUSER et H. BARBEY), 284.
- Syphilis (forme cérébrale évolutive anormale d'une) héréditaire (L. MARCHAND, STORA et Mlle GAULTIER), 70.
- Syphilis nerveuse latente et délinquance morbide (MOLIN de TEYSSIEU), 535.
- Syphilitique (bouffées délirantes et convulsions chez une); hémiplegie après injections de bismuth (A. POROT, BARDENAT et SUTTER), 535.
- T
- Tabès et maladie de Basedow (G. MARINESCO et Rafael HERNANDEZ RAMIREZ), 141.
- et psychoses (W. HEIMANN), 549.
- polyarthropathique (Henri ROGER, Paul VIGNE et A.-Maurice RECORNIER), 703.
- Tabétiques (psychoses) (LOPEZ IBOR), 139.
- Tension psychologique excessive (E. DRESZER), 266.
- Test psycho-diagnostique de Rorschach (M. MONNIER), 15; (F. CARDONA), 695.
- de témoignage de W. Stern (Margund SCHÖDER), 541.
- Testateur (délire chez un), 728.
- Tests de développement limité (Th. HELLER), 266.
- de caractère en neuro-psychiatrie infantile (G. HEUYER et Mlle COURTHIAL), 399.
- Tétanie. Séméiologie (BEDER), 407.
- Thérapeutique (l'année) (A. RAVINA), 693.
- Totems et Tabous chez l'Indigène brésilien. Perspectives psychiatriques (José MARIZ), 133.
- Touche nasales (MALFILATRE), 720.
- Transfusion sanguine. Accidents nerveux rares (J. LHERMITTE, MOUZON et SUSIC), 249.
- Traumatique (syndrome post-) inaccoutumé (E. HERMAN), 264.
- Traumatisme (myoclonies à la suite d'un) cervical (PATRIKIOS), 124.
- psychique. Influence sur la sphère neuro-psychique (Mlle M. SOLEVIEVA), 135.
- et maladies mentales (Abraham MYERSON), 136.
- Traumatismes (modifications du système nerveux après les) chez les enfants et les adolescents (N. OSERETSKI et Mlle Z. STCHEGLOVA), 158.
- cranio-cérébraux. Troubles neuro-psychiques consécutifs (G. DE MORSIER), 728.
- Travail (thérapeutique par le) (Baltazar CARAVEDO), 424.
- (le) dans les Asiles d'aliénés (Jean MANS), 722.
- Tremblante (la) du mouton (I. BERTRAND, H. CARRÉ et F. LUCAM), 553.
- Tremblement rythmique dans une maladie congénitale et héréditaire-familiale (L. van BOGAERT et Eugène de SAVITSCH), 405.
- Trijumeau (névralgie du) et sclérose en plaques (J. RADERMECKER), 685.
- Tuberculeuse (bactériémie) et démence précoce (Italo GIUFFRÉ), 396.
- Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective (H. BARUK, M. DAVID et H. ASKENASY), 244.
- pariéto-temporale. Troubles du schéma corporel (GARCIN, HADJI DIMO et VAREY), 682.
- frontale à symptomatologie fruste (J. DAGNÉLIE et P. MARTIN), 686.

Tumeur cérébrale. Manifestations vasculo-sympathiques du côté opposé (THUREL et GUILLAUME), 122.

Tumeurs localisées au lobe frontal (Charles H. FRAZIER), 406.

— de la région cranio-rhino-pharyngée (Ferdinando BARISON), 406.

— extra-médullaires (L. Brosowski), 407.

— ectodermes du cerveau (les psychoses dans les) (Mme M. ALEXANDROWSKAIA), 551.

— intracrâniennes vérifiées. Mortalité opératoire (Harvey CUSHING), 691.

Tumeurs cérébrales (rémissions spontanées prolongées au cours des) (Th. de MARTEL, H. SCHAEFFER et J. GUILLAUME), 263.

— (pseudo-) par cloisonnements (Th. de MARTEL, J. GUILLAUME et R. THUREL), 409.

— (le liquide céphalo-rachidien dans les) (H. SCHELLER), 412.

—, Diagnostic par la réaction d'Aschheim-Zondek (Marcel MONNIER), 710.

Typhoïde (fièvre). Essai d'opothérapie (Maurice WAHL), 718.

U

Ulcérations gastriques chez les aliénés (J. DRETHER), 454.

Unitarisme biologique (BIERNACKI), 272.

V

Vagabondage des garçons. Neuro-psychiatrie médico-légale et sociale (J. ROUBINOVITCH et Mlle BUGNION), 425.

Vago-sympathiques (syndromes) et

équilibre glycémique (G. CARRIÈRE et P. J. GINESTE), 277.

Venin de cobra (guérison par le) d'un tremblement de type pithiatique avec céphalées, huffées confusionnelles et troubles sympathiques (H. BARUK et R. MATHON), 339.

— d'abeilles (le) contre les algies rebelles et les rhumatismes chroniques (Jean LHERMITTE), 720.

Ventriculographie (courbe glycémique à la suite de) (BAUDOUIN et ROSSI), 681.

Vertébrale (anomalie) et troubles radiculaires (M. LEROY), 524.

Virus neurotrope (évolution spéciale d'une affection à) (PATRIKIOS), 124.

Vitamine B dans le traitement des polynévrites (Ph. PAGNIEZ), 719.

Vitamine B₁ (injections intra-rachidiennes de) dans la psycho-polynévrite de Korsakoff (E. MARTINOT et Paul NEVEU), 242.

— (influence de la) sur l'hypoglycémie insulinaire (H. BERSOT), 537.

Volonté (influence de la) sur les activités physiologiques (P. DESFOSSÉS), 267.

W

Wassermann (réaction de) dans la poliomyélite (DEPETRIS), 278.

— du liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs du névraxe (J. DESNEUX), 278.

X

Xanthomatoses et syndrome de dysostose avec diabète et exophtalmie (S. Bernard WORTIS, Abner WOLF et Cornelius G. DYKE), 276.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul). *Discussion*, 224, 238.
- ABÉLY (Xavier) et LECONTE (Maurice). Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste. Manie après veuvage, 232.
- , *Discussion*, 357.
- , La protection des biens des malades dans la loi de 1838, 655.
- ABOULKER (Henri). Décompression cérébelleuse par drainage dans le traitement du vertige et des arachnoidites, 721.
- ABRAMSON (J.) et LE GARREC (S.). Corrélations psycho-motrices chez les écoliers normaux, 266.
- ADAM (Ch.), SCHUHL (P. M.), etc... Le troisième centenaire du Discours de la Méthode, 552.
- ADAM (Frantz) et HANSCH (Otmar). Mécanisme de la mort dans les tumeurs cérébrales, 409.
- AGUIAR WHITAKER (E. de). L'examen pneumoencéphalographique des schizophrènes, 699.
- AJURIAGUERRA (de). V. *Lhermitte*.
- AKELAITIS (A. J. E.). Aspects psychiatriques du myxœdème, 282.
- ALAJOUANINE (Th.) et THUREL (R.). Myoclonie et épilepsie, 123.
- , HORNET (Th.), ULLMANN (M.) et DELORRE (J.). Ramollissement médullaire entravant la circulation des artères radiculaires, 250.
- et OLIVIER. Crampes diffuses, atrophie musculaire et cachexie, 517.
- , Sclérose latérale amyotrophique, 517.
- et HORNET. Lésion du faisceau central de la calotte, 513.
- et THUREL. La migraine et son traitement physiopathologique, 719.
- ALEXANDROWSKAIA (Mme M. M.). Les psychoses dans les tumeurs ectodermiques du cerveau, 551.
- ALLIEZ (J.). V. *Roger*.
- ALPERS (Bernard J.). Hyperthermie due aux lésions de l'hypothalamus, 271.
- , Syndrome mental des tumeurs du corps calleux, 700.
- ALQUIER (L.). Réactions neurotiques conjonctivo-lymphatiques en neurologie, 269.
- ANDIA (E. D.). V. *Bosch*.
- ANGIEL, MASCIOTRA (A.) et LETTIERI (Nicolas). Névrose traumatique, simulation inconsciente et camptocormie, 728.
- ANGLADE (R.). *Discussion*, 108, 191.
- , ROYER (P.) et ROUGEAN (M.). Psychose hallucinatoire chronique et syphilis, 492.
- , ROYER (P.) et ROUGEAN (M.). La démence précoce. Thérapeutique convulsivante par le cardiazol, 357.
- APERT (E.). Le syndrome adipo-génital des jeunes garçons et des adolescents, 280.
- APPEL, V. *Leriche*.
- ARANOVITCH (J.). V. *Dimitri*.
- ARNAUD (M.). V. *Roger*.
- ASKENASY (H.). V. *Baruk*.
- , V. *David*.
- ASTEL. L'hygiène raciale en Thuringe, 255.
- AUBIN (H.). L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies, 533.
- AUSTREGESILLO (A.) et BORGES-FORTE (A.). Hémichorée avec lésion du noyau caudé, 704.
- AZÉRAD (E.) et FACQUET (J.). Le cœur des myxœdémateux, 282.

(1) Les chiffres en caractères gras correspondent aux MÉMOIRES ORIGINAUX, aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique et aux RAPPORTS au Congrès des Allénistes et Neurologistes.

B

- BACHTIAROW (W. A.). Extension du pouce ; un nouveau réflexe pyramidal, 404.
- BARBÉ. *Discussion*, 81.
- BARBEY (H.). *V. Rutishauser*.
- BARDENAT. *V. Porol*.
- et SUTTER. Résistance à l'insuline, 538.
- BARGUES, CORCELLE et BERTHON. Circulation rétinienne des déments séniles et pré-séniles, 433.
- BARISON (F.). Gastrogrammes des déments précoces atteints de mérycisme, 396.
- Tumeurs de la région cranio-rhinopharyngée, 406.
- BARNACLE (Clarke H.). *V. Ebaugh*.
- BARRÉ (J.-A.). Quelques cas récents de syndrome de polyradiculonévrite avec hyperalbuminose, 130.
- et COSINO D'ANDRADE. Paraplégie par ramollissement aigu uni-segmentaire de la moelle survenue au cours de la grossesse, 249.
- et CHARBONNEL (A.). Hypotonie et aréflexie, troubles cérébelleux et médullaires au cours d'une paraplégie spasmodique, 517.
- , KABAKER et CHARBONNEL. Hémiplegie purement déficitaire, symptomatique d'une tumeur sous-corticale, 518.
- , KABAKER et BRUCKMANN (Mlle). Cranio-pharyngiome avec prolongement frontal. Syndrome de Forster-Kennedy, 682.
- Le syndrome pyramidal déficitaire, 702.
- BARUK (H.). *Discussion*, 99, 108, 114, 367, 373.
- et RACINE. Association scopolamine-chloralose, 124.
- , DAVID (M.) et ASKÉNASY (H.). Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective, 241.
- et MATHON (R.). Tremblement pithiatique, perturbations sympathiques. Guérison par le venin de Cobra, 339.
- et GÉVAUDAN (Mlle Y.). Hystérie et psychose périodique, 397.
- Les hallucinations visuelles, 401.
- BAUDOUIN et ROSSI. Courbe glycémique après ventriculographie, 681.
- BAUER (E.). Traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinaire, 713.
- BAUER (J.). Recherches nouvelles sur l'hyperthyroïdisme, 281.
- BAUMANN (C.) et VEDDER (R.). La question de la schizophrénie infantile, 394.
- BEAUDOUIN (H.), HAMEL (J.), DEMAY (G.), LAUZIER (J.) et SCHÜTZENBERGER (P.). L'œuvre de Julien Raynier, 710.
- BEAUJARD (M.). *V. Condomine*.
- BECK (A.). Le spirochète pâle chez les paralytiques généraux traités par la malaria, 279.
- BEDER. Contribution à la séméiologie de la tétanie, 407.
- BELBEY (J.). *V. Rojas*.
- BENDER (Lauretta). Psychose réactionnelle secondaire familiale, 400.
- BENDER (M. B.). *V. Globus*.
- BENNETT (A. E.) et SEMRAD (E. V.). Le traitement insulinaire chez les malades mentaux en état de dénutrition, 285.
- BEREZOWSKI (Fr.). Insulinothérapie des schizophrènes en Pologne, 713.
- BERGANZ (A.) et DEAGAROWA (Mme A.). L'utilisation de la narcose prolongée en psychiatrie, 272.
- BERGERON (M.). Les manifestations motrices chez l'enfant de la naissance à trois mois, 367.
- BERMANN (G.). Pathogénie de la névrose obsessionnelle, 268.
- BERNARDI (Raffaele). Les limites entre folie et génie, 694.
- BERSOT (H.). L'insulinothérapie des schizophrènes réfractaires à la cure habituelle, 401.
- *V. Desruelles*.
- L'instruction du personnel des établissements psychiatriques en Suisse, 418.
- et DESRUELLES (J.). L'assistance des aliénés en Afrique du Nord, 536.
- L'influence de la Vitamine B₁ sur l'hypoglycémie insulinaire, 537.
- BERTHON. *V. Barges*.
- BERTRAND (Ivan). *V. Guillaïn*.
- Variabilité des périvasculaires au cours des encéphalites, 409.
- , CARRÉ (H.) et LUCAS (F.). La tremblante du mouton, 553.
- BESANÇON (L. Justin-). L'exophtalmie basedowienne, 141.
- *V. Villaret*.
- BIEMOND (A.). Remarques sur l'étiologie des polyradiculonévrites du type Guillaïn-Barré, 127.
- BIERNACKI (M.). L'unitarisme biologique, 272.
- BING (R.). La stase papillaire, 403.
- BINI (Lucio). L'équilibre acide-base du liquide céphalo-rachidien dans les maladies organiques du système nerveux, 412.
- BIOT (R.), BON (H.), DUMAREST (F.), GATE (J.), GAUCHERAND (J.), LANGRENON (E.), etc... Médecine et mariage, 391.
- , DUVAL-ARNOULD (R.) et MERLE (Pierre). Pour une médecine du corps et de l'esprit, 692.
- BLONBERG (Mabel M.). *V. Mella*.

- BLONDEL (Ch.). *Discussion*, 214, 224, 240.
- BOGAERT (L. van), PHILIPS (F.), RADERMECKER (J.) et VERSCHRAEGEN (Th.). Polyradiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique, 126.
- et NYSEN (R.). Le type tardif de la leucodystrophie progressive familiale, 142.
- , V. Vincent.
- , V. Myle.
- et SAVITSCH (E. de). Maladie congénitale et hérédofamiliale avec tremblement rythmique, 405.
- et WILLOCK (E.). Etudes anatomo-cliniques sur la dégénérescence hépatolenticulaire, 704.
- BOGOLEPOV (N. K.). L'hypnose et le système nerveux végétatif, 546.
- BOISSEAU (J.). Conceptions nouvelles de l'hystérie et son traitement, 284.
- BOLGERT (M.). V. Nicaud.
- BOLSI (D.). L'origine de la microglie, 408.
- BON (H.). V. Biot.
- BONCOUR (G. Paul-) et NÉRON (G.). Influence des chocs affectifs sur le psychisme des enfants, 695.
- BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme) et EY (Henri). Kinésie de jeu chez les idiots, 74, 145.
- , V. Guiraud.
- et EY (H.). Manies de veuvage, 225.
- BONNARD (Mlle). V. Claude.
- BORGES-FORTE (A.). V. Austregesilo.
- BOROWIECKI (A.), DOWZENKO (A.) et DOWZENKO (Mme). L'oligophrénie, 699.
- , Etude de l'hérédité dans la psychiatrie polonaise, 711.
- BORYSOWICZ (J.) et WITECK (St.). Les résultats du traitement par l'insuline dans les cas de schizophrénie, 420.
- BOSCH (Gonzalo) et ANDIA (E. D.). Un cas de psychopathie d'origine infectieuse, 139.
- BOSHES (B.). Etude de l'action des hormones dans l'épilepsie clinique et expérimentale, 285.
- BOUCOMONT (J.). V. Rimbaud.
- BOUDOURESQUES (J.). V. Roger.
- BOUGEANT (H.). V. Cossa.
- BOUKIS (C.). Le problème des atrophies musculaires médullaires, 554.
- BOULIN (R.). V. Labbé.
- BOURGUIGNON et LAIGNE-LAVASTINE. Le signe de Babinski dans la poliomyélite, 516.
- BOYD (David A.). Psychopathologie de la maladie d'Alzheimer, 700.
- BRACELAND (Francis J.). V. Strecker.
- BRAILOWSKY (V. V.). Etats obsessionnels. Altérations secondaires de la personnalité, 403.
- BRAM (Israël). Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Graves, 282.
- BRAVI (Angelo). Fragments de psychiatrie coloniale, 387.
- BRISSET. *Discussion*, 101, 200, 241.
- , V. Marchand.
- BROSKOWSKI (L.). La symptomatologie et la thérapeutique des tumeurs extramédullaires, 407.
- BROUSSEAU (A.). La thérapeutique convulsivante de la schizophrénie, 419.
- BROWN (Félix). L'hypocondrie, 695.
- BRUCKMANN (Mlle). V. Barré.
- BRUGGER (C.). La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de Poligophrénie, 256.
- BRUGNION (Mlle). V. Roubinovitch.
- BUONINCONTI (M.). Problème clinique et psychologique des psychoses émotionnelles, 400.
- BURNFORD (Julius). Intoxications alimentaires, 729.
- BUSCAINO (V. M.) et LONGO (V.). La toxicité du sang des épileptiques, 412.
- BUSSCHAERT (R.). V. Nyssen.
- BUTLER (E. N.). Effets de l'épivan sodique sur la pression du liquide céphalo-rachidien, 279.
- BUVAT-POCHON (Mme). V. Courbon.
- BYCHOWSKI (G.), KACZYNSKI (M.), KONOPKA (C.) et SZCZYTT (K.). Recherches sur le traitement des maladies mentales par l'insuline, 420.

C

- CAHANE (Mares) et CAHANE (Tatiana). Les hormones hypophysaires dans certaines psychoses, 311.
- , Rôle de l'hypophyse dans le métabolisme hydrocarboné, 709.
- CAMBASSEDES (J.). V. Merland.
- CAMPAILLA (G.) et TELATIN (L.). Courbe leucocytaire et phénomène d'obstacle de Donaggio dans l'urine pendant la fièvre provoquée, 414.
- , L'accès épileptique provoqué par le cardiazol, 545.
- CANTACUZÈNE (J.). V. Rubenovitch.
- CANTONI. V. Roberti.
- CAPTAIN (H.). V. Lambert.
- CARAPPA (B.) et PRIOTTI. Forme rare d'arachnoïdite spinale, 702.
- CARAVEDO (B.). Conception moderne de la thérapeutique par le travail, 424.
- CARDONA (F.). Sur le syndrome d'Adie, 404.
- , La pathogénie du signe d'Argyll-Robertson, 542.
- , Le test de Rorschach dans le diagnostic psychiatrique, 695.
- , Pronostic de la psychose obsessionnelle, 697.

- CARRÉ (H.). V. *Bertrand*.
 CARRETTE (Paul). *Discussion*, 637.
 —. Un demi-siècle d'assistance des aliénés avant la loi de 1838, 674.
 CARRIÈRE (G.) et HURIEZ (Cl.). Les neurofingmes intra-thoraciques au cours de la maladie de Recklinghausen, 554.
 CEILLIER. *Discussion*, 333, 355, 357.
 CHAMBOUROFF (A.). Réflexes toniques dans les affections périphériques, 407.
 CHARBONNEL. V. *Barré*.
 CHARGORODSKY (L. I.) et SCHMIDT (E. V.). Syndrome particulier d'adynamie avec troubles fonctionnels du système sympathique, 271.
 CHARPENTIER (René). *Allocution*, 83.
 CHATAGNON (Mlle C.). V. *Chatagnon* (P. A.).
 CHATAGNON (P. A.) et CHATAGNON (Mlle C.). Rôle physiopathologique du brome, 274.
 —, SCHERRER (P.) et CHATAGNON (Mlle C.). Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive, 373.
 —, SCHERRER (P.) et CHATAGNON (Mlle C.). Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive, 494.
 —, SCHERRER (P.) et CHATAGNON (Mlle C.). Syndrome préfrontal ; psychose hallucinatoire ; hémorragies méningée et ventriculaire, 624.
 — et CHATAGNON (Mlle C.). Evolution de la paralysie générale et thérapeutiques modernes, 716.
 CHAVANY (J. A.). Ataxie subaiguë curable, 703.
 —. Traitement des crampes par les solanées, 719.
 CHAVIGNY (P.). La valeur des obsessions-impulsions en médecine légale psychiatrique, 727.
 CHEVALIER-GAZANIOU (Mme). V. *Olivier*.
 CHEVELEV (N. A.). Nareose prolongée dans le traitement des psychoses, 545.
 CHRISTIANSEN (Viggo). Contribution à la pathophysiologie de la migraine, 545.
 CHRISTOFFEL (H.). Remarques sur l'énurésie, 539.
 CHRISTOPHE et DIVRY. Médulloblastome kystique de l'adulte, 524.
 CIBILS AJURRE (Raúl). Formes méningées de la maladie de Heine-Medin, 703.
 CLAUDE (H.), COSTE (F.) et FAUVET (J.). La dystrophie musculaire neuro-endoocrinienne, 283.
 —. *Discussion*, 238, 241, 355.
 —, DUBLINER (J.), MASQUIN (P.) et BONNARD (Mlle). Les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, 413.
 CLEMENS (P.). Variations de la glycémie provoquée par le cardiazol chez les schizophrènes, 684.
 CLÉMENT et KETELBANT. Syndrome de Guillain-Barré et varicelle chez un enfant, 128.
 CODET (H.). L'impressionnable vagotonique, variété d'émotif, 134.
 CODET (Mme D.). Enurésie, symptômes psychogènes, 546.
 COELHO (J.). Réflexe oculo-cardiaque et maladies mentales, 260.
 COHEN. Trois cas de polynévrite rappelant le syndrome de Guillain et Barré, 128.
 COLOGNESE (G.). Epilepsie et eure bulgare, 423.
 COMBEMALE (P.), WARENBOURG (H.) et PARSY (D.). Le mécanisme d'action de l'insulinothérapie, 537.
 —. L'action des endocrines sexuelles sur le psychisme, 556.
 CONDOMINE (A.) et BEAUJARD (M.). La force déterminante des hallucinations auditives, 133.
 CONRAD (K.). Résultats et problèmes des études sur la gemellité en neurologie, 256.
 —. Hérédité et épilepsie, 543.
 CONSTANTINESCO (S.). V. *Tomesco*.
 CONTINI (M.). Les protéines du plasma dans l'épilepsie, 275.
 COOK (L. C.). V. *Meyer*.
 CORCELLE. V. *Bargues*.
 CORDIER (R.). Les composants fonctionnels des nerfs crâniens chez les vertébrés, 685.
 CORNIL (L.) et PAILLAS (J. E.). L'extrait testiculaire dans le diabète, 283.
 —. V. *Fiessinger*.
 —. V. *Roger*.
 — et MOSINGER (Michel). Lésions nerveuses intrahépatiques dans les cirrhoses, 706.
 COSINO D'ANDRADE. V. *Barré*.
 COSSA (P.), BOUGEANT (H.), PUECH (M.) et SASSI (P.). Le traitement des complications nerveuses de l'alcôolisme par la strychnine, 466.
 COSTE (F.). V. *Claude*.
 COURBON (P.) et BUVAT-POCHON (Mme). Aboulie psychasthénique, 207.
 — et BUVAT-POCHON (Mme). Hyperkynésie gesticulaire et démence, 333.
 —. *Discussion*, 73, 191, 215, 237, 240.
 COURTOIS (A.). Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales, 384.
 COURTOIS (Mlle Y.). V. *Heuger*.
 COWAN (P. K. Me.). L'index hyperglycémique, élément du pronostic, 707.
 CRÉMIEUX (A.). Les troubles du caractère chez l'enfant, 135.

- et TEITELBAUM (M.). Séquelles de myélite ascendante au cours de la vaccination antirabique, 538.
- CRUZ (José). La constitution du délinquant équatorien, 726.
- CUSHING (Harvey). Tumeurs intracrâniennes vérifiées et mortalité opératoire, 691.
- CUVILLOS. Assistance médico-sociale des aliénés délinquants et des délinquants aliénés, 724.

D

- DAGNÉLIE (J.). Maladies du neurone périphérique : Observations de polynévrite avec hyperalbuminose, 128.
- , V. Durieu.
- et MARTIN (P.). Tumeur frontale à symptomatologie fruste, 686.
- DAMAYE (H.). Delirium tremens et abcès du poumon, 402.
- DAUMÉZON (G.). V. Rousset.
- DAVID (M.). V. Baruk.
- et ASKENASY (H.). Troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde, 263.
- DAVIDSON (G. M.). La schizophrénie et la psychose maniaque-dépressive associées à la grossesse et à l'accouchement, 396.
- , Mécanisme de la cure malarique dans la paralysie générale, 716.
- DECOURT (J.). Les glandes parathyroïdes en pathologie osseuse, 709.
- DEFFUANT de GAILLANDE (Mme). Rôle des troubles neuro-végétatifs dans la crise épileptique, 689.
- DEFFUANT (Robert). Les troubles du système neuro-végétatif des mélancoliques, 688.
- DELARUE (J.). V. Gennes.
- , V. Villaret.
- DELGADO (Honorio). Traitement de la schizophrénie par le cardiazol, 23.
- , Psychologie générale et psychopathologie du sentiment, 700 ; — de la pensée et l'imagination, 700.
- , Traitement par la méthode de von Meduna dans la schizophrénie et dans un cas de paralysie générale fixée, 715.
- DELMAS (Ach.). *Discussion*, 345, 347, 355.
- DELORRE (J.). V. Alajouanine.
- DEMAY (G.). *Discussion*, 367.
- , V. Marchand.
- , V. Beaudouin.
- DEPETRIS. La réaction de Wassermann et la poliomyélite antérieure aiguë, 278.
- DEREUX (J.). Myoclonies chez un malade atteint de sclérose en plaques, 249.
- DERVILLÉE (P.). V. Lande.
- DESPOSES (P.). Influence de la volonté sur les activités physiologiques, 267.
- DESHAIES (Gabriel). L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophrénique, 688.
- DESNEUX (J.). Réactions de Wassermann dites positives dans les tumeurs du névaxe, 278.
- DESPLAT (R.). Physiothérapie des affections hypophysaires, 390.
- DESRUELLES (Maurice) et BERSOT (H.). L'Assistance des aliénés en Europe, 417.
- , V. Bersot.
- , Projets de révision de la loi du 30 juin 1838. Histoire, 585 ; — Esprit, 667.
- DEWULF (A.). Eléments cytologiques de l'écorce cérébrale, 253.
- , Nouvelle méthode d'imprégnation des neurofibrilles, 522.
- DGEAGAROWA (Mme A.). V. Berganz.
- DILEK (H.). V. Osmar Uzman.
- DIMITRI (V.). Altérations médullaires dans l'alcoolisme chronique, 705.
- et ARANOVITCH (J.). Altérations encéphaliques dans la maladie de Paget, 705.
- DIVRY. V. Christophe.
- DOMASZEWICZ (A.) et ERB (A.). Traitement de la schizophrénie par le cardiazol et l'insuline combinés, 715.
- DOROLLE (P.), PRADAL et NGUYEN-VANTAN. Un cas de syndrome d'Adie, 140.
- DOWZENKO (A.). V. Borowiecki.
- DOWZENKO (Mme). V. Borowiecki.
- DOZENKO (M. I.) et FATOWA (Mme E. S.). Etude de la motricité dans la schizophrénie infantile à l'aide de la méthode de L. A. Quiut et N. I. Oserczkowskij, 137.
- DRAVOVITCH. Les réflexes conditionnés et la chronaxie, 542.
- DRAGONAS (E.) et VLAVIANOS (G.). Kystes hydatiques du cerveau identifiés par l'aérocystographie, 406.
- DRETHER (Julian). Les psychoses combinées, 132.
- , Des ulcérations gastriques chez les aliénés, 451.
- DRESZER (R.). La tension psychologique excessive, 266.
- DUBLINEAU (J.). V. Claude.
- , La pathogénie de certaines formes frustes de neuro-syphilis, 535.
- , La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces, 716.
- DUGUET (J.). V. Pommé.
- DUHEM. Physiothérapie de la poliomyélite, 720.
- DUMAREST (F.). V. Biot.
- DUMAS (G.). *Discussion*, 355, 367.

DUMOLARD, SARROUY et PORTIER. La coexistence de l'hérédodégénération spino-cérébelleuse et du syndrome de splénomégalie, 538.

—, SARROUY, SCHOUSBOE et TILLIER. Syndrome de Basedow; rétrécissement du champ visuel; troubles de la pigmentation cutanée. Radiothérapie hypophysaire, 539.

DUPAIN. *Discussion*, 200.

DUPERTUIS (S.-M.). V. Leriche.

DURIEU et DAGNELIE. Syndrome de névralgie phrénique, 522.

DUSSIK (K. Th.) et SAKEL (M.). Résultats du traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique, 419.

—, Inhibition schizophrénique et déblocage hypoglycémique, 714.

DUVAL-ARNOULD (R.). V. Biot.

DYKE (C. G.). V. Wortis.

E

EBAUGH (Franklin G.), BARNACLE (Clarke H.) et EWALT (Jack R.). Episodes délirants associés aux fièvres artificielles, 717.

ECHOLS (Dean H.). Le signe d'Hoffmann, 701.

ETORS (L.). V. *Petit-Dutaillis*.

EMILJANOWICZ (St.). Influence des fortes doses d'insuline sur la circulation, 713.

ENTRES (Josef Lothar). V. Röhl.

ERB (A.). V. *Damaszewicz*.

ESCALIER V. *Laignel-Lavastine*.

EWALT (Jack R.). V. *Ebaugh*.

EY (Henri). V. *Bonnafous-Sérieux*.

— V. *Gniraud*.

— *Discussion*, 81.

— et ROUART (Julien). Application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie, 687.

F

FACQUET (J.). V. *Azérad*.

FAIRLIE (W. M.). Alcool et sécurité de la route, 712.

FATOWA (Mme E. S.). V. *Dozenko*.

FAU (René). V. *Loeper*.

FAURE-BEAULIEU. Hémialgie secondairement bilatéralisée par vascularite bulbair probable, 248.

FAUVET (J.). V. *Claude*.

FERDIÈRES (G.). L'érotomanie, illusion délirante d'être aimé, 385.

FERRER (Conrado O.). Traitement de la dépression mélancolique par l'hématoporphyrine, 718.

—, La strychnine, traitement spécifique de l'alcoolisme, 719.

FIESSINGER (N.), CORNIL (L.), POURSIENES (Y.), et PAILLAS (J.). Les lésions encéphalites consécutives à la fistule d'Eck, 552.

FILLASSIER (A.). *Allocution*, 88.

—, *Discussion*, 192, 200, 240.

—, L'enseignement de Magnan à l'Asile clinique Sainte-Anne, 487.

—, Le Centenaire de la loi du 30 juin 1838. Eloge de la loi, 639.

FINKELMAN (I.), et STEPHENS (W. Mary). Régulation calorique et réactions au froid dans la démence précoce, 138.

FOGGIA. V. *Mattioli*.

FORSTMEYER (M.) et PALISA (Ch.). Réapparition de modes réactionnels infantiles précoces en cas de désagrégation cérébrale, 550.

FORTANIER (A. H.) et KANDOU (T. A.). De l'amnésie consécutive à un traumatisme crânien, 402.

FRANCHET (F.). V. *Stévenin*.

FRANCHONNE. V. *Nagrac*.

FRAZIER (Ch. H.). Tumeurs localisées au lobe frontal, 406.

FRETET (J.). Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme, 386.

FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 355.

FRONETTY (L.). Les rémissions dans la schizophrénie, leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie, 395.

FRYDMAN (J.). Chorée de Huntington, 262.

G

GAGEL (O.) et MAHONEY (W.). Le système mésentéphalo-hypophysaire, 410.

GALATSCHIAN (A.). L'hérédité de la schizophrénie, 394.

GALATZKAJA (Mme S.). Psychose schizophrénique chez un enfant de 4 ans, 394.

GALLOT (H. M.). V. *Laignel-Lavastine*.

GALLY (L.). V. *Lévy*.

GANDER (G.). Un cas de lipome du corps calleux, 552.

GARCIN, HADJI DIMO et VAREY. Troubles du schéma corporel dans une tumeur pariéto-temporale, 682.

GARETTO (S.) et ROMERO (A.). L'épreuve de l'hyperpnée chez les épileptiques, 415.

GATE (J.). V. *Biot*.

GAUCHERAND (J.). V. *Biot*.

GAULTIER (Mme). V. *Marchand*.

— V. *Stora*.

GENUCHTEN (P. van). Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique et œdème papillaire, 127.

GELMA (É.). L'érotisme sénile chez une femme, 402.

- GENNES (L. de), DELARUE (J.), et VÉRICOURT (R. de). Le syndrome endocrinohépatocardiaque, 282.
- GÉRAUD, V. *Riser*.
- GERBEAUX (J.). V. *Nicand*.
- GEREBTZOIF (A.). Problème des localisations et des ataxies corticales, 253, 523.
- GÉVAUDAN (Mlle Y.). V. *Baruk*.
- GIANFERRARI, V. *Roberti*.
- GIANNELLI et CAMPIONI. La fonction hépatique dans la démence précoce, 274.
- GINESTE (P. J.). Syndromes vago-sympathiques et équilibre glycémique, 277.
- GIUFFRÉ (Italo). Bacillémie tuberculeuse et démence précoce, 396.
- . Hyperthermie par le « pyrifer » dans la schizophrénie et la paralysie générale, 422.
- GLOBUS (J. H.) et BENDER (M. B.). Encéphalopathie toxique secondaire aux brûlures graves, 262.
- GODARD (Henri). Traitement chirurgical de l'asthme et de l'angine de poitrine par les opérations sympathiques et thyroïdiennes, 721.
- GODLEWSKI (M.). V. *Rinbaud*.
- GOLANT (R. J.). Les idées obsédantes dans les états mélancoliques, 403.
- GORRITI (F.). Hallucinations de présence extérieure invisible, 401.
- GOZZANO (M.). Histopathologie et pathogénèse de la sclérose latérale amyotrophique, 410.
- GRIMALDI (L.) et TOMASINO (A.). Traitement de la sitiphobie par le choc insulinaire, 421.
- GRINBERG (D.). Facteurs psychogènes de la schizophrénie, 699.
- GROSSIORD (A.). V. *Tinel*.
- GRÜNEBERG (R.). Types d'enfants difficiles, 398.
- GUILLAIN (G.), BERTRAND (I.) et GUILLAIN (Mlle J.). Etude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge, 250.
- . BERTRAND (I.) et ROUQUÈS (L.). Sur une affection dégénérative pallido-dentelée. Phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuromusculaire, 265.
- . MOLLARET (P.) et BERTRAND (I.). Un cas de polioencéphalite aiguë chez un enfant, 270.
- GUILLAIN (Mlle J.). V. *Guillain*.
- GUILLAROVSKY (V. A.). Rapports entre les réactions exogènes et la constitution dans l'étude des psychoses endogènes, 131.
- . L'influence réciproque entre la schizophrénie et la paralysie générale concomitante, 136.
- . Le dynamisme de la schizophrénie sous l'influence de la narcose prolongée, 137.
- GUILLAUME, V. *Thurel*.
- . V. *Martel*.
- GUIRAUD, *Discussion*, 73, 82.
- . Ey (H.) et BONNAFOUS-SÉRIEUX (Mme). Syndrome de Korsakoff alcoolique aigu, 74.
- GUIRDHAM (A.) et PETTIT (A. W.). Le test de tolérance au levulose dans l'épilepsie, 275.
- . Hématologie des convulsions, 707.
- GUTTMANN (E.). Psychoses artificielles produites par la mescaline, 280.
- . Effet de la benzédrine sur les états dépressifs, 717.

H

- HADJI DINO, V. *Garcin*.
- HAGUENAU (J.). Le lipiodiagnostic sous-arachnoïdien est-il dangereux ? 706.
- HAMEL (J.) et LAUZIER (J.). Modifications qui pourraient être apportées à la loi du 30 juin 1838, 561.
- . V. *Beaudouin*.
- HANHART (E.). Des mutations chez l'homme, 257.
- HANSCH (Otmar). V. *Adam*.
- HANSEN (K.). La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques, 257.
- HARTENBERG (P.). La digestion chez les épileptiques, 536.
- . Indications de la psychothérapie, 721 ; formes diverses, 722.
- HEERMAN (E.) et MERENLENDER (J. S.). Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie de Cushing, 270.
- HEERNU. Origine toxique de la paralysie dans le syndrome de Guillain-Barré, 254.
- HEIMANN (W.). Tabes et psychoses, 549.
- HELLER (Th.). Tests de développement limité, 266.
- HELSMOORTEL J^r (J.), NYSSEN (R.) et THIENPONT (R.). Six cas d'anosmie agnésie d'origine traumatique, 141.
- HENNEBERT (P.). Traitement des paralysies diphtériques par l'éthérisation, 254.
- HENNELY (T. J.) et YATES (E. D.). La calcémie dans la narcose prolongée, 707.
- HERMAN (E.). Troubles vaso-moteurs chez un sujet présentant des signes pyramidaux, 264.
- . La vie sans moelle épinière, 272.
- HERNÁNDEZ RAMÍREZ (R.). V. *Marinesco*.
- HESNARD (A.). L'hystérie ; névrose d'expression, 543.
- HEUYER (G.). *Discussion*, 345, 356, 363, 372.

- , Etiologie de 50 cas de démence précoce, 396.
 — et COURTOIS (Mlle). Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile, 399.
 — Quelques faits de délinquance juvénile, 425.
 HOFSTEN (Nils von). La stérilisation en Suède, 416.
 HORNET (Th.). V. *Alajouanine*.
 HRYNKIEWICZ (S.). Examen de la perméabilité méningée d'après la méthode de Walter, 277.
 —, Etude du métabolisme basal chez les aliénés, 279.
 HUEHNERFELD (J.). L'hématoporphyrine dans le traitement de la mélancolie et de la dépression endogène, 285.
 HUET (J.-A.). Les tests physiothérapiques en endocrinologie, 708.
 HURIEZ (Cl.). V. *Carrière*.
 HUROWITZ (J.). Cas rare d'hydromérencephalie, 269.
 HUSZAK (St.). V. *Stief*.

I

- IBOR (Lopez). Les psychoses tabétiques, 139.
 IRAZOQUI VILLALONGA (E.). Délimitation actuelle du groupe des schizophrènes, 136.
 IRLOY (Mme Louis Mc). Phobies et obsessions, 696.

J

- JACOB (H.). Développement de l'écorce cérébrale, 408.
 JANET (Pierre). L'examen de conscience et les voix, 93.
 JANKOWSKA (Mme H.). Effets physiologiques de l'insuline, 276.
 JELLINEK (E. M.). V. *Sleeper*.
 JENKINS (R. L.). La bulbo-capnine dans les troubles du comportement, 718.
 JERVIS (George A.) et STOLZ (Samuel E.). Tupe dit jévénile de la maladie d'Alzheimer, 699.
 JONESCO-SISESTI (N.). V. *Marinesco*.
 JUNG (A.). V. *Leriche*.

K

- KABAKER. V. *Barré*.
 KACZYNSKI (M.). V. *Rychowski*.
 —, Un cas de paralysie générale avec aphasie, 549.
 KANDOU (T. A.). V. *Fortanier*.
 KANTOROWITZ (N. V.). L'observation de la morphinomanie au dispensaire, 547.

- KASAKOW (P. T.). Guérison de crises épileptiformes chez des adultes après expulsion de vers intestinaux, 261.
 KETELBANT. V. *Clément*.
 KISILEY (S.). V. *Radovici*.
 KLEIN (D.). Recherches sur un cas de maladie de Friedreich familiale, 265.
 KLOTZ (H. P.). V. *Villaret*.
 KOESTER (P.). Etude des séquelles de l'éclampsie puerpérale à l'aide d'enquêtes catamnétiques, 405.
 KONOPKA (C.). V. *Rychowski*.
 KORCZAK (Jan). Un cas d'onanisme chez un garçon, 399.
 KORZENIOWSKI (L.). Troubles réactifs des psychopathes et psychoses dites de réclusion, 132.
 KRAL (A.) et LEFFMANN (H.). Problème des letus dans la paralysie générale, 549.
 KRAPP (E.). De l'acalculie, 264.
 KREINDLER (A.). V. *Marinesco*.
 KULKOW (A.) et STERNBERG (A. M.). Les pressions sous-araénoïdienne, artérielle et veineuse dans les affections organiques du système nerveux, 556.

L

- LABBÉ (M.), BOULIN (R.) et UHRY (P.). Diabète broncé avec infantilisme tardif, 283.
 LAIGNEL-LAVASTINE (M.), ESCALIER, GALLOT (H. M.) et MIGNOT (H.). Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow, 488.
 —, Discussion, 197, 515.
 — et MIGNOT (H.). Poliomyélite antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire en extension, 248.
 — et MIGNOT (H.). Scotome avec hallucinations lilliputiennes d'origine épileptique, 491.
 —, V. *Bourguignon*.
 LAMBERT (D. P.) et CAPTAIN (H.). Le meurtre de Pakur, 725.
 LANARI (A.). Action contracturante de l'acétylcoline intra-artérielle, 707.
 LANCRENON (E.). V. *Biot*.
 LANDE (P.) et DERVILLÉE (P.). Manifestations toxiques dues au tétrachlore de carbone, 712.
 LANDESMANN (J. U.). V. *Tarsis*.
 LANDKOF (B. L.). L'emploi de la narcose prolongée dans la pratique psychiatrique, 424.
 LANDSBERG (P. L.). Maine de Biran et l'anthropologie philosophique, 701.
 LANGELENDEKE (A.). Diagnostic différentiel des convulsions provoquées par le cardiazol, 544.

- LANGERON. Leçons cliniques sur les affections hypophysaires, 390.
- LANGFELDT (G.). Troubles de la motilité chez un délirant paranoïaque, 547.
- LAUZIER (J.) et GUILLEMINOT (P.). Délire d'interprétation à thème radiesthésique, 536.
- , V. Hamel.
- , V. Beaudouin.
- LECONTE (M.). V. Porcher.
- , V. Abély (Xavier).
- LECONTE-LORSIGNOL (Mme S.). Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe chez un enfant de 3 ans 1/2. Origine encéphalite probable, 77.
- LEFFMANN (H.). V. Kral.
- LE GARREC (S.). Abramson.
- LELU (E.). Lobo-Onell.
- LEHICHER (R.), JUNG (A.) et DUPERTUIS (S. M.). L'appareil cardio-vasculaire dans l'hyperparathyroïdisme expérimental, 280.
- et JUNG (A.). Les signes rénaux de l'hyperparathyroïdisme. Lithiase et pyélonéphrite, 281.
- , et APPEL. Traitement chirurgical d'un syndrome latéral du bulbe chez un angineux, 720.
- LEROY (A.). Traitement de l'agitation périodique des épileptiques par le cardiazol, 684.
- LEROY (M.). Ramollissement cérébral et troubles mentaux, 125.
- LETTIERI (Nicolas). V. Angiel.
- LÉVY (Max) et GALLY (L.). Variations du cholestérol sanguin au cours de la radiothérapie du corps thyroïde, 276.
- LÉVY-VALENSI. *Discussion*, 191.
- , Mythomanie simple, 695.
- LEWIS (Aubrey). Problèmes concernant les états obsédants, 134.
- LEY (Jacques). La thérapeutique des anomalies sexuelles graves par la castration, 520.
- LHERMITTE (J.). Désordre de la fonction hypnique et hallucinations, 1.
- , Syndrome infundibulaire. Macro-génitosomie, 124.
- , MOUZON et SUSIC. Des accidents nerveux rares de la transfusion sanguine, 249.
- et AJURIAGUERRA (de). La myélite zostérienne, 249.
- et TCHENRAZI (E.). L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques, 258.
- , Amyotrophie myélopathique progressive consécutive à l'injection de sérum antitétanique, 518.
- , Prématuration sexuelle liée à l'hydrocéphalie, 520.
- , Le venin d'abeille contre les algies rebelles et les rhumatismes chroniques, 720.
- LIBERMAN (J. I.). Les réflexes cervicaux toniques chez les malades psychiques, 541.
- LINDBERG (B. J.). Psychoses diabétiques, 140.
- LIPSHUTZ (D. M.). Etude anatomo-pathologique des chorées chroniques, 269.
- LOBO-ONELL (C.) et LELU (E.). Le mécanisme et le traitement du coma diabétique, 286.
- LOEPER (M.) et MICHAUX (L.). Influence des affections digestives sur certaines maladies nerveuses, 705.
- et FAU (R.). Cachexie hypophysaire et anorexie mentale, 709.
- LOEWENSTEIN (R.). L'origine du Masochisme et la théorie des pulsions, 389.
- LOMHOLT (E.). Les altérations du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques, 278.
- LONGO (V.). V. Buscaino.
- LUCAM (F.). V. Bertrand.
- LUNIEWSKI (V.). La restriction de la natalité, 417.
- , Limitation de la natalité chez les oligophrènes, 711.
- LUQUE et MORCILLO. Cas d'infantilisme par tumeur de la poche de Rathke, 270.
- LUX (E.). L'ataxie héréditaire; étude hérédobiologique, 405.
- LUXENBURGER. Pronostic hérédologique empirique et études gémellaires en psychiatrie, 256.

M

- MAERE. Les polynévrites crâniennes symétriques avec dissociation albumino-cytologique, 128.
- MAHONEY (W.). V. Gagel.
- MAILLEFER (J.). V. Marchand.
- MALFILATRE. Les touches nasales, 720.
- MALHERBE (A.). Oreille et parathyroïde, 281.
- MALINOWSKI (A.). Les oligophrènes et le service militaire, 727.
- MANS (J.). Le travail dans les asiles, 722.
- MARCHAND (L.). *Discussion*, 69, 82, 191, 196, 637.
- , STORA et GAULTIER (Mme). Forme cérébrale évolutive anormale d'une syphilis, 70.
- , BRISSOT (M.) et MAILLEFER (J.). Diplopie cérébrale chez un enfant atteint d'idiotie congénitale et d'épilepsie, 200.
- , Traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique, 349.
- , VIGNAUD et PICARD (J.). Forme inhabituelle de paralysie générale, 535.

- et DEMAY (G.). Psychose hallucinatoire chronique et sarcomatose diffuse méningée, 536.
- MARCUS (H.). L'histopathologie de la démence précoce, 268.
- MARIANI (G.). V. *Nigris*.
- MARINESCO (G.). Amyotrophie progressive, 124.
- et HERNANDEZ RAMIREZ (R.). Sur un cas d'association de tabes et de maladie de Basedow, 141.
- et KREINDLER (A.). Le rôle des sinus carotidiens dans la pathogénie de l'accès épileptique, 261.
- Méningo-leucoencéphalite atypique, 263.
- , SAGER (O.) et KREINDLER (A.). Etudes électro-encéphalographiques dans le sommeil, 416.
- et JONESCO-SISESTI (N.). Sclérose en plaques familiale, 682.
- MARIZ (J.). A propos de faits totémiques et de tabous chez l'Indigène brésilien, 133.
- MARTEL (Th. de), SCHAEFFER (H.) et GUILLAUME (J.). Des rémissions spontanées des tumeurs cérébrales, 263.
- , GUILLAUME (J.) et THUREL (R.). Pseudo-tumeurs cérébrales par cloisonnements des cavités sous-arachnoïdiennes et ventriculaires, 409.
- , Etiologie de la maladie de Simmonds, 519.
- MARTIAL (R.). L'apport de la race dans les maladies mentales héréditaires, 416.
- MARTIMOR (E.) et NEVEU (P.). Injections intra-rachidiennes de Vitamine B₁ dans la psychopolynévrite de Korsakow, 242.
- MARTIN (P.) et TITECA (J.). Syndrome de Guillain et Barré à localisation principalement mésocéphalique, 127.
- , V. *Dagnelie*.
- MASCIOTRA (A.). V. *Angiel*.
- MASLOV (E. V.) et STRELJUCHIN (A. K.). Aspect schizophrénique des intoxications par le haschisch, 698.
- MASQUIN (P.). V. *Claude*.
- , L'énurésie infantile, complexe psycho-biologique, 546.
- , Thérapeutique de la démence précoce, 713.
- , Malariathérapie et démence précoce, 716.
- MASSION-VERNIORY. Hémorragie cérébrale évoluant comme un hématome, 253.
- , Syndrome du trou occipital par abcès du lobe frontal, 254.
- MASSON (J.). V. *Rousset (Mlle S.)*.
- MATHON (R.). V. *Baruk*.
- MATTIOLI et FOGGIA. Mongolisme chez un jumeau dont le frère est normal, 548.
- MATZDORFF (P.). Formes paroxystiques migraïneuses et épileptiques, 545.
- MAURO (S. di). La courbe glycémique dans la schizophrénie, 414; — dans la démence sénile, 555.
- MAUS. La loi belge du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance, 426.
- MAZURKIEWICZ (J.). Le « mnémisme » et la théorie de la réflectivité conditionnelle, 259.
- , Localisation des fonctions psychiques, 540.
- MAZZEI (M.). Troubles de l'instinct sexuel des formes tardives d'encéphalite épidémique, 548.
- MEANA COLODRERO (P.). V. *Rojas*.
- MECO (O.). Syndrome délirant hallucinatoire dans les encéphalites soumises à la « cure hulgare », 548.
- MEIENHOFER (M.). Psychoses atypiques dans une famille atteinte de chorée de Huntington, 550.
- MEIGNANT (P.). Neuro-psychiatrie infantile et réflexes conditionnés, 542.
- MELLA (Hugo) et BLONBERG (Mabel M.). Spectre d'absorption du liquide cérébro-spinal, 706.
- MERENLENDER (J. S.). V. *Heerman*.
- MERLAND (A.) et CAMBASSÈDES (J.). Traitement des états de sitiophobie par l'insuline, 537.
- MERLE (P.). V. *Biot*.
- MESSING (S.). Anatomie pathologique de la maladie de Huntington, 269.
- MEYER (A.) et COOK (L. C.). Etat marbré, 270.
- MICHAUD (L.). V. *Loeper*.
- NIGNOT (H.). V. *Laignel-Lavastine*.
- MILLER (J. C.). Quelques aspects maladiés de la délinquance juvénile, 426.
- et PELLETIER (A.). Les enfants anormaux à l'école La Jemmerais, 417.
- MILLER (Wilbur R.). Facteurs psychogénétiques de la polyurie schizophrénique, 701.
- MINKOWSKA (F.). L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie, 393.
- MINKOWSKI (E.). *Discussion*, 224, 239.
- , A propos de l'hygiène mentale, 467.
- MIROGLIO (A.). Trois réfutations du parallélisme psycho-physiologique, 551.
- MIRSKALA (Mme M. M.) et ROSENBERG (A. Z.). Changement de personnalité des paralytiques généraux en rémission, 697.
- MJOEN (I.-A.). L'hygiène raciale, 255.
- MODEL (M. M.). V. *Zeitlin*.
- MOLIN DE TEYSSEU. Syphilis nerveuse latente et délinquance morbide, 535.
- MOLLARET (P.). V. *Guillain*.
- MONIER. La formation réticulée, 682.
- MONNIER (M.). La technique actuelle du test psycho-diagnostique de Rorschach, 15.

—, La réaction de Aschheim-Zondek dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, 710.

MONZEGGIO (L.). V. *Porta*.

MORCILLO. V. *Luque*.

MORGENSTERN (Mme Sophie). Psychanalyse infantile. Créations imaginatives chez l'enfant, 389.

MORGENTHAUER. La formation du personnel des asiles d'aliénés en Suisse, 418.

MORSIER (G. de). Troubles neuro-psychiques consécutifs aux traumatismes cranio-cérébraux, 728.

MOSINGER (M.). V. *Roussy*.

—, V. *Cornil*.

MOUZON. V. *Lhermitte*.

MOYANO (Braulio A.). V. *Orlando*.

MUYLE (G.) et BOGAERT (L. van). Syndrome extra-pyramidal en quête d'un diagnostic, 380.

—, L'épreuve au cardiazol, test diagnostique de l'épilepsie, 683.

MYERSON (Abraham). Rapports entre le traumatisme et les maladies mentales, 136.

—, Effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue, 717.

N

NACHT (S.). Le Masochisme, 389.

NAYRAC (P.) et FRANCHOMME. Mesure numérique du réflexe photo-moteur dans la paralysie générale, 251.

—, Les formes cliniques inhabituelles de la neurosyphilis, 530.

NÉRON (G.). V. *Boncour (Paul)*.

NEVEU (P.). V. *Martimor*.

NGUYEN-VAN-TAN. V. *Dorolle*.

NICAUD (P.), BOLGERT (M.) et GERBEAUX (J.). Panvascularite cérébrale diffuse d'origine vraisemblablement traumatique, 552.

NIGRIS (G. de) et MARIANI (G.). L'action cataleptogène de la toxine parathyphique, B, 415.

—, L'opothérapie antisexuelle et les états d'éréthisme, 424.

NOICA (D.). Contribution à l'étude de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, 410.

NYSSSEN (R.). Les réactions hystéro-mentales et le problème de leur réalité biologique, 251.

— et BUSSCHAERT (R.). Les troubles de la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale, 289.

—, V. *Heltsmoortel jr.*

—, V. *Bogaert*.

O

OLIVIER (M.) et CHEVALIER-GAZANIOU (Mme). Soixante ans de psychose maniaque-dépressive, 321.

OLMER (J.) et PAILLAS (J. E.). Parathyroïdes et diabète, 281.

OPALSKI (A.). Signes neurologiques dans l'hypoglycémie insulínique provoquée pour troubles psychiques, 714.

ORLANDO (Roque). Syndromes neurologiques atypiques de la paralysie générale, 697.

— et MOYANO (Braulio A.). Pathogénie du signe d'Argyll-Robertson dans la paralysie générale, 706.

OSERETZKY (N.) et STCHEGLOVA (Mlle Z.). Sur les modifications post-traumatiques du système nerveux chez les enfants et les adolescents, 158.

OSMAN UZMAN (Mazhar). L'abcès de fixation dans le traitement des psychoses aiguës, 536.

— et DILEK (H.). A propos de l'étiologie des méningites, 538.

OSSIPOW (V. P.). Diagnostic des formes légères de schizophrénie, 698.

OZERETZKOVSKI (D. S.). Contribution à l'étude de la psychasthénie, 139.

P

PAGNIEZ (Ph.). La vitamine B dans le traitement des polynévrites, 719.

—, Traitement du delirium tremens, 719.

PAILLAS (J. E.). V. *Olmer*.

—, V. *Cornil*.

—, V. *Roger*.

—, V. *Fiessinger*.

PALISA (Ch.) et SAKEL (M.). Signes de l'état hypoglycémique dans les psychoses, 421.

—, V. *Forstmeier*.

PALMER (Harold D.). V. *Strecker*.

PARREL (G. de). Déficits auditifs méconnus et entraves psycho-phonétiques, 398.

PARROT (J. L.). V. *Tinel*.

PARSY (D.). V. *Combemale*.

PASQUALINI (R.). L'atrophie cérébrale circonscrite ou maladie de Pick, 550.

PASSA (Carlo). Histopathologie des ganglions semi-lunaires chez les tuberculeux, 271.

PATRIKIOS. Evolution spéciale par poussées à intervalles prolongés d'une affection à virus neurotrope, 124.

—, Myoclonics à la suite d'un traumatisme cervical, 124.

PEIROTTI. V. *Caraffa*.

PELAZ (E.). Altérations organiques dans la schizophrénie, 274.

PELLETIER (A.). V. *Miller*.

PELLICCIOLI (G.). V. *Porta*.

PENDE (Nicolas). Traitement de l'impuissance virile fonctionnelle par la sympathicectomie, 721.

PERNIOLA (F.). La réaction de Donaggio

Q

QUÉRON (P.). V. *Sivadon*.

R

RABINOVITCH (P. H. de). L'hypnose et ses mécanismes physiologiques, 272.
 RACINE. V. *Baruk*.
 RADERMECKER (J.). V. *Bogaert*.
 —. Névralgie du trijumeau et sclérose en plaques, 685.
 RADOVICI (A.), SCHACHTER (M.) et KISLEV (S.). L'épilepsie réflexe, 260.
 RAJUGOPAL NAIDU (S.). Poisons exotiques, 726.
 RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 693.
 RAYNEAU. *Discussion*, 215.
 RECORDIER (A.-Maurice). V. *Roger*.
 RÉQUET (A.) et TURIN (J.). Les délirs secondaires au traitement de la paralysie générale, 298.
 —. V. *Riese*.
 RÉPOND. Radio et hygiène mentale, 558.
 RICCI (A.). Action de la musique chez les aliénés, 392.
 RIDDOCH (G.). Quelques aspects du problème concernant le membre fantôme, 259.
 RIESE (W.) et RÉQUET (A.). L'état crépusculaire hystérique, 260.
 RIMBAUD (L.), SERRÉ (H.), BOUCOMONT (J.) et GODLEWSKI (M.). Sclérose en plaques aiguë chez deux sœurs, 682.
 RISER, GÉRAUD et PLANQUES. Encéphalomyélite nécrotique subaiguë, 703.
 RITTMESTER (J. F.). La signification clinique et biologique du réflexe de Rossolinio, 140.
 RIVOIRE (R.). Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, 391.
 RIZZO (C.). La réactivation du liquide céphalo-radial chez les neuro-syphilitiques, 556.
 ROBERTI, GIANFERRARI et CANTONI, etc. Hérité des états maniaco-dépessifs, 397.
 ROBIN (Gilbert). Les enfants paranoïaques, 695.
 RODENWALDT (E.). Transformations des races dues aux influences climatiques, 257.
 RODRIGUEZ (O.). Responsabilité familiale des délits commis par les aliénés, 286.
 ROEMER (Jr. (H.). Etude nosologique et hérédobiologique des psychoses puerpérales, 402.
 ROGER (H.) et ALLIEZ (J.). Sclérose en plaques et syphilis nerveuse, 538.
 —. PAILLAS (J.) et BOUDOURESQUES (J.). Gangrène au cours d'une forme pseudo-polynévritique de sclérose latérale amyotrophique, 539.

dans la psychose maniaque-dépessive, 279.
 PERO (C.) et RUBINO (A.). Diurétiques mercuriels et épilepsie, 423.
 PESERICO (M.). La dipsomanie est-elle véritablement une impulsion ? 403.
 PETERMAN (G.). Les convulsions chez les enfants, 286.
 PETIT-DUTAILLIS (D.) et ECTORS (L.). Formes anormales des méningiomes ; tumeurs multiples, 409.
 PETTIT (A. W.). V. *Guirdham*.
 PFISTER-AMMENDE. Appréciation psychiatrique de deux cas d'infanticide, 726.
 PHILIPS (F.). V. *Bogaert*.
 PICARD (J.). V. *Marchand*.
 —. Lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion, 571.
 PIÉRON (H.). L'année psychologique, 382.
 PIRES de LIMA (Augusto). Thérapeutique de choc dans les psychoses, 716.
 PITHA. Epilepsie réflexe par excitation physiologique, 680.
 PIZARRO GRESPO (E.). La névrose obsessionnelle et les phobies, 268.
 PLANQUES. V. *Riser*.
 PLATTNER (W.). Schizophrénie sur fond de crétinisme, 395.
 POGUIBKO (N. I.). Durée de l'incubation de la malaria chez les paralytiques généraux, 414.
 POMMÉ (B.). *Discussion*, 101, 115.
 — et DUGUET (J.). Physiologie des nerfs oculo-moteurs, 273.
 — et DUGUET (J.). Physiologie du nerf pneumogastrique, 273.
 —. La neuro-psychiatrie et le service de santé militaire au Val-de-Grâce, 540.
 POPENOE (P.). Progrès de la stérilisation aux Etats-Unis, 417.
 PORCHER (Yves) et LÉCONTE (M.). La période précomateuse au cours de l'insulinothérapie des états schizophréniques, 66.
 —. *Discussion*, 200.
 POROT (A.). Ecriture en miroir chez un médium, 220.
 —. BARDENAT et SUTTER. Bouffées délirantes et convulsions chez une syphilitique, 535.
 —. BARDENAT et SUTTER. Cas d'échokinésie chez un indigène, 536.
 —. Le syndrome d'Adie, 516.
 PORTA (V.) et MONZEGGIO (L.). Le métabolisme du sucre dans les états post-encéphaliques, 277.
 — et PELLICCIOLI (G.). Le métabolisme des corps créatiniques dans le Parkinson post-encéphalitique, 277.
 PORTIER. V. *Dumolard*.
 POURSIÈRES (Y.). V. *Fiessinger*.
 —. V. *Roger*.
 PRADAL. V. *Dorolle*.
 PUECH (M.). V. *Cossa*.

- , ARNAUD (M.), POURSIÈRES (Y.) et PAILLAS (J.-E.). Amyotrophie brachiale, épilepsie jacksonienne due à un astrocytome à début pariétal, 681.
- , VIGNE (P.) et RECORDIER (A.-M.). Le tabès polyarthropathique, 703.
- , CORNIL (L.) et PAILLAS (J.-L.). Manifestations neurologiques des cirrhotiques, 704.
- RÖHRIGT (W.). Paralyse spastique spinale familiale, 702.
- ROJAS (Nerio), BELBEY (J.) et MEANA COLODRERO (P.). Choc émotif à l'origine de la démence précoce, 138.
- RÖLL (A.) et ENTRES (J. L.). Le problème de l'hérédité-pronostic, 396.
- ROMERO (A.). V. *Garetto*.
- RONDEPIERRE. *Discussion*, 108, 366.
- ROSENBERG (A. Z.). V. *Mirskala*.
- ROSENBLUM (Mme S.). L'oligophrénie, facteur criminologique dans la délinquance infantile, 727.
- ROSSI, V. *Baudouin*.
- ROST (I.). Le syndrome d'Adie, 542.
- ROTHSTRÖM (G. E. A.). Traitement de la neuro-syphilis par le sodoku, 284.
- ROUART (Julien). V. *Eg*.
- ROURNOVITCH (J.). Les syndromes neuro-psychiatriques infantiles et juvéniles, 398.
- et BUGNION (Mlle). Neuro-psychiatrie médico-légale et sociale du vagabondage des garçons, 425.
- ROUGEAN (M.). V. *Anglade*.
- ROUQUÈS (L.). V. *Guillain*.
- ROQUIER. A propos du rôle des lobes préfrontaux dans l'équilibration, 123.
- ROUNE (J.). La cure bulgare dans les séquelles post-encéphaliques, 693.
- ROUSSET (Mlle S.), DAUMÉZON (G.) et MASSON (J.). Démence traumatique; réactions revendicatrices indépendantes du préjudice, 416.
- ROUSSY (G.) et MOSINGER (M.). La neurocrinie hypophysaire et les processus neurocrins en général, 557.
- et MOSINGER (M.). Histophysiologie du système neuro-végétatif, 708.
- ROYER (P.). V. *Anglade*.
- RUBENOVITCH (P.) et CANTACUZÈNE (J.). Le syndrome d'action extérieure, 133.
- RUBENS. Traitement de la sitophobie, 125.
- RUBINO (A.). V. *Pero*.
- RÜDIN (E.). Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical, 255.
- RUTISHAUSER (E.) et BAHEY (H.). Sur-rénalité hémorragique aiguë. Syndrome de Waterhouse-Friderichsen, 284.
- RUTKE. Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande, 256.
- SAGER (O.). V. *Marinesco*.
- SAKEL (M.). V. *Dussik*.
- , V. *Palisa*.
- SALAMERO (F.). Le traitement de l'hyperthyroïdisme doit-il être médical ou chirurgical ? 286.
- SALM (H.). Syndromes de torpeur consécutive au traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire, 421.
- SALMON (Albert). Corrélations cortico-diencéphaliques et diencéphalo-hypophysaires dans la régulation de la veille et du sommeil, 708.
- SANI (C.). La sédimentation des globules rouges dans les maladies mentales, 275.
- SANTENOISE (D.). Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales, 527.
- SARROUY (Ch.). V. *Dumolard*.
- , Atrophie musculaire progressive, névrite et polyglobulie, 519.
- SASSI (P.). V. *Cossa*.
- SAVITSCH (E. de). V. *Bogaert*.
- SCHACHTER (M.). V. *Radović*.
- , Le signe de Chvostek dans l'enfance et le profil mental des enfants porteurs de ce signe, 398.
- SCHAW JONES (Maxwell). Effets de l'acétylcholine sur les symptômes somatiques de l'anxiété, 717.
- SCHAEFFER (J.). L'éclampsie coquelucheuse, 262.
- SCHALLER (H.). Le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales, 412.
- SCHEREN (H. J.). Influence des tumeurs méningées sur le tissu cérébral, 409.
- SCHERER (P.). V. *Chatagnon*.
- SCHIFF. *Discussion*, 115.
- SCHMIDT (E. V.). V. *Chargorodsky*.
- SCHNERSON (S.). V. *Serejskij*.
- SCHÖNSTEDT (H.). Le liquide céphalo-rachidien dans les commotions et les contusions cérébrales, 411.
- SCHOUSBOE. V. *Dumolard*.
- SCHNÖDER (Margund). Etudes sur le test de témoignage de W. Stern et sa valeur pour le diagnostic, 541.
- SCHUBE (Purcell G.). Glycorrachie et glycémie de la neuro-syphilis non traitée, 707.
- SCHUHL (P. M.). V. *Adam*.
- SCHÜTZENBERGER (P.). V. *Beaudouin*.
- SELZER (H.). Manifestations dissimulables de la psychose maniaque-dépressive chez deux jumelles, 138.
- , Etudes généalogiques dans les familles de paralytiques généraux, 393.
- SENRAD (E. V.). V. *Bennett*.
- SERAFIMOW (B. N.). Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne, 547.

- SEREJSKIJ et SCHNERSON (S.). Signification du potentiel d'oxydation et de réduction en pathologie, 273.
- SERRE (H.). V. *Rimbaud*.
- SEXANER (H.). Émotivité et trouble de la pensée dans la schizophrénie, 395.
- SILVEIRA (A.). Syndrome d'automatisme mental de G. de Clérambault, 401.
- SIMON (Th.). *Discussion*, 215.
- , Sur la pédagogie des enfants arriérés, 383.
- , *Discours* : L'homme normal, 526.
- , La loi de 1838 et les enfants, 665.
- SIVADON (P.). Signe de localisation au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite ; le signe de Courtois, 264.
- et QUÉRON (P.). Troubles abasiques hystérisés chez un parkinsonien post-encéphalitique, 345.
- et QUÉRON (P.). Auto-mutilation à but thérapeutique chez un dément présénile à forme dépressive, 347.
- SKIPERTOV (I.). V. *Skortzov*.
- SKVORTZOV (K. A.) et SKIPERTOV (I.). Épilepsie symptomatique à caractères hystéroides sur terrain infectieux, 545.
- SKZRYPINSKA (Mme J.). Traitement des enfants arriérés par la diélectrolyse transcérébrale à l'iode et au calcium, 425.
- SLEEPER (Francis H.) et JELLINEK (E. H.). Étude comparative des schizophrènes polyuriques et non-polyuriques, 395.
- SMIRNOW (B.) et SROBSKY (J.). Famille turcomane présentant une amyotrophie héréditaire atypique, 702.
- SOLOVIEVA (Mme M. V.). Traumatisme psychique et troubles de la sphère neuro-psychique, 135.
- SOUQUES (A.). Névralgie lombaire au cours d'un effort, 703.
- STECHEGLOVA (Mlle Z.). V. *Oseretzki*.
- STENGEL (E.) et ZELLMAYER (J.). Les hyperkinésies dans l'intoxication par le gaz d'éclairage, 404.
- STEPHEN (A.). Impuissance sexuelle, 267.
- STEPHENS (W. Mary). V. *Finkelman*.
- STERN (I. B.). Contribution à l'étude de la cysticercose multiple du cerveau, 551.
- STERNBERG (A. M.). V. *Kulkow*.
- STÉVENIN (H.) et FRANCHET (F.). Hypothyroïdie et tuberculose pulmonaire, 281.
- , Les insuffisances surrénales légères, 283.
- STIEF (A.) et HUSZAK (St.). Intoxication nicotinique expérimentale des centres nerveux, 410.
- SROBSKY (J.). V. *Smirnov*.
- STOLZ (Samuel E.). V. *Jerois*.
- STORA (R.) et GAULTIER (Mme). Sidérodromomanie et dipsomanie chez un déséquilibré, 497.
- , V. *Marchand*.
- STRECKER (Edward A.), PALMER (Harold D.) et BRACELAND (Francis J.). Thérapeutique par l'hématoporphyrine dans les psychoses affectives, 718.
- STRELJUCHIN (A. K.). V. *Maslov*.
- STRUMPEL. Recherches sur des jumaux criminels et psychopathes, 257.
- SUCKOW (H.). Résultat de la malaria-thérapie de la paralysie générale, 422.
- SUMBAYER (I. S.). Contribution à la psychothérapie de l'homosexualité, 407.
- SUSIC. V. *Lhermitte*.
- SUTTER. L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain, 388.
- , V. *Porot*.
- SZCZYTT (K.). V. *Bychowski*.
- SZÉKY (A.). Les perturbations et les types du sommeil dans les maladies nerveuses et mentales, 259.

T

- TARSIS (F. I.) et LANDESMANN (J. U.). Les résultats éloignés de la malaria-thérapie dans la neuro-syphilis, 423.
- TCHENRAZI (E.). V. *Lhermitte*.
- TEITELBAUM (M.). V. *Grémicux*.
- TELATIN (Luigi). Variations pharmacodynamiques de la pression lombaire, de la glycorachie chez les déments précoces et les épileptiques, 411.
- , V. *Campailla*.
- TERRON (C.). Le métabolisme de l'eau dans la genèse de l'épilepsie, 415.
- THIENPONT (R.). V. *Helsmoortel jr*.
- THUREL (R.) et GUILLAUME. Troubles ostéo-articulaires en rapport avec une tumeur cérébrale, 123.
- , V. *Alajouanine*.
- , V. *Martel*.
- TILLIER. V. *Dumolard*.
- TINEL (J.). Étude anatomique d'un cas de rage humaine, 519.
- , UNGAR (G.), GROSSIORD (A.) et PARROT (J. L.). Production expérimentale de lésions abdominales par l'excitation des racines postérieures, 554.
- TITECA (Jean). V. *Martin*.
- , Inspection des services ouverts par les pouvoirs publics, 252.
- , Étude électro-encéphalographique de deux cas d'hémianesthésie hystérique, 380.
- TITECA (R.). Le cahier de revendication des psychiatres à l'autorité judiciaire, 684.

TOMASINO (A.). Contribution clinique à la puberté précoce, 280.

— V. *Grimaldi*.

—, Fonctionnement rénal dans les maladies mentales, 414.

TOMESCO (P.) et CONSTANTINESCO (S.). Sur le traitement de l'ictus paralytique, 425.

— et VASILESCO (Al.). Contribution à l'étude du syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne, 557.

TOUREZKIJ (M. I.). V. *Zeitlin*.

TRACZYNSKI (J.). Les changements hématologiques chez les schizophrènes traités par l'insuline, 555.

TRAMER. Difficultés dans l'éducation des enfants et des jeunes gens, 710.

TREICHLER (R.). Maladie mentale de Friedrich Hölderlin dans ses rapports avec sa faculté poétique, 392.

TRILLOR (J.). Essais d'insulinothérapie dans certaines maladies mentales, 537.

—, Etat de stupeur chez une confuse diabétique, 537.

TROEGER (Konrad). Parenté ascendante et collatérale de cent paralytiques généraux, 393.

TURIN (J.). V. *Réquet*.

U

UHRY (P.). V. *Labbé*.

ULLMANN (M.). V. *Alajouanine*.

UNGAR (G.). V. *Tinel*.

URIBE CUALLA (Guillermo). Les psychoses d'origine paludéenne, 693.

V

VAREY. V. *Garcin*.

VASILESCO (Al.). V. *Tomesco*.

VEDDER (R.). V. *Baumann*.

VÉRICOURT (R. de). V. *Gennes*.

VERSCHRAEGEN (Th.). V. *Bogaert*.

VERVAECK (Louis). Traitement du déséquilibre mental à réactions antisociales, 722.

—, Les problèmes discutables de la psychiatrie médico-légale, 723.

VERVAECK (P.). Les chances de survie et de guérison des paralytiques généraux, 521.

VICTORIA (M.). Lésion de la troisième frontale gauche sans aphasie, 264.

VIÉ (J.) et VILLEMEZ (M.). Evolution des délires d'influence, 327.

—, *Discussion*, 514.

VIGNAUD. V. *Marchand*.

VIGNE (Paul). V. *Roger*.

VILLARET (Maurice), BESANÇON (L. Justin-), DELARUE (J.) et KLOTZ (H.-P.). Altérations de certaines glandes endocrines au cours de l'alcoolisme chronique, 709.

VILLEMEZ (M.). V. *Vié*.

VILLEY-DESMESERETS. *Discussion*, 354.

VINCENT (Clovis) et BOGAERT (Ludovic). Syndromes du globe pâle, 142.

VLAIVANOS (G.). V. *Dragonas*.

W

WAD (Gunnar). La loi danoise de stérilisation, 416.

WAHL (Maurice). Traitement opothérapique de la fièvre typhoïde, 718.

WALLON. *Discussion*, 372.

WARENBourg (H.). V. *Combemale*.

WEBER (H.). Introduction à l'étude de la peur chez les enfants, 266.

WEISSFELD (L.). Les anomalies de perception dans le syndrome d'influence, 400.

WEYGANDT. L'hystérie, maladie héréditaire, 543.

WIELAWSKI (J.). V. *Winiarz*.

WIENDLOCHA (M.). L'Éthérisme en Silésie polonaise, 712.

WILLOCK (Edouard). V. *Bogaert*.

WINIARZ (V.) et WIELAWSKI (J.). Troubles mentaux et tendances religieuses en Asie, 133.

WITEK (St.). V. *Borysowicz*.

WOLF (A.). V. *Wortis*.

WORTIS (Joseph). Réaction des schizophrènes au choc hypoglycémique par l'insuline, 714.

WORTIS (S. B.), WOLF (A.) et DYKE (C. G.). Les xanthomatoses et le syndrome de dysostose avec diabète et exophtalmie, 276.

Y

YATES (E. D.). V. *Hennely*.

Z

ZADOR (Jules). Les réactions d'équilibre chez l'homme, 690.

—, Le spasme de torsion dans la race juive et les autres races, 704.

ZALKIND (E. M.). L'hallucinosité mésentocéphalique, 541.

ZAND (N.). La pathologie des méninges cérébro-spinales, 553.

ZEBRINI (E.). Association Myoclonie-Epilepsie, 142.

ZEITLIN (S. M.), MODEL (M. M.) et TOUREZKIJ (M. I.). La barrière hémato-encéphalique dans l'épilepsie infantile du premier âge, 555.

ZELLMAYER (J.). V. *Stengel*.

ZILBOORG (Gregory). Diagnostic des différents types de suicide, 138.

ZIMMERMAN (H. M.). Les altérations nerveuses dans les avitaminoses expérimentales, 553.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DÉSORDRE DE LA FONCTION HYPNIQUE ET HALLUCINATIONS

PAR

JEAN LHERMITTE

Il n'est guère de thème plus rebattu et plus usé en médecine mentale que celui qui porte sur les rapports pathogéniques par lesquels se relie le rêve et l'hallucination morbide ; aussi n'est-ce pas sur cette vue que nous désirons attirer l'attention, mais sur une considération différente dans son esprit et dans sa lettre.

Qu'il y ait un onirisme morbide, c'est-à-dire un état dans lequel se mélangent les données du rêve et celles de la réalité, où s'intriquent les déformations des perceptions, les illusions et les hallucinations, que la notion des états oniriques doive être tenue pour l'une des plus précieuses acquisitions de la psychiatrie, c'est une évidence à laquelle aucun psychologue ne contredit, mais, nous le répétons, c'est vers un domaine différent que nous voudrions entraîner le lecteur.

On le sait, le problème des hallucinations demeure l'un des plus captivants de la médecine mentale, l'un des plus discutés périodiquement, l'un de ceux aussi dont l'approfondissement

cause le plus de satisfactions. Quoi qu'on en ait dit, et que n'a-t-on pas dit et écrit sur les « perceptions sans objet » ? la donnée de l'hallucination donne l'impression de quelque chose de si positif, de si concret, de si objectif, de si frappant, nous allions écrire de tellement saisissable, que l'on ne peut qu'être tenté de chercher à en appréhender l'origine à la source de certaines de ses manifestations ; allons plus loin, de rattacher cette expression morbide à un désordre d'une fonction psycho-physiologique. C'est à telle recherche que notre vénéré maître M. Klippel a consacré bien des efforts et c'est à ceux-ci que nous voudrions associer modestement les nôtres.

Ainsi que nous l'avons montré dès 1922, une lésion limitée à la région de la calotte pédonculaire est susceptible d'entraîner l'apparition d'hallucinations visuelles d'un type un peu particulier et pour lesquelles Ludo van Bogaert a proposé la dénomination d' « Hallucinoze pédonculaire ». Depuis quinze ans, de nombreuses observations, tant en France qu'à l'étranger, sont venues confirmer la réalité de cette « hallucinoze pédonculaire » et démontrer quel était précisément le siège de la lésion causale.

Mais si ce point est acquis, il n'en va pas de même pour ce qui est du mécanisme ou de la pathogénie à attribuer aux hallucinations déclenchées par les lésions en foyer de la calotte mésocéphalique.

Si, dès notre première publication, nous avons proposé d'interpréter les troubles psychosensoriels que nous visons, par une perturbation de la fonction hypnique en en rattachant l'apparition à une fragmentation onirique, d'autres observateurs, à commencer par Ludo van Bogaert, ont fourni des interprétations pathogéniques différentes, les unes de tendance purement psychologique, d'autres, à notre sens, trop exclusivement physiologiques.

Notre propos n'étant pas la critique des opinions qui ont été émises, mais la recherche des éléments qui peuvent nous guider dans notre poursuite du mécanisme réel qui sous-tend l'hallucinoze pédonculaire, on nous excusera d'aborder directement le sujet par un bref exposé de deux observations que nous avons récemment publiées avec R. Bineau.

OES. I (résumée). — Malade, âgée de 71 ans, sans nul passé pathologique. Le 13 octobre 1937, ictus sans perte de la conscience, mais suivi d'obnubilation intellectuelle, d'hémi-parésie gauche, de ptosis des paupières bilatéral et de perte incomplète de la motilité des globes oculaires.

Exagération des réflexes tendineux à gauche avec extension de Porteil.

Le 15 octobre, on constate que la malade est plongée depuis l'ictus dans un sommeil profond, mais dont elle peut être tirée aisément par des stimulations énergiques. Parole lente, basse, bien articulée. Pas de trace d'hémianopsie. Urines normales. Tension artérielle 22-13 à l'appareil de Vaquez.

Le 18 octobre, la famille déclare que depuis son attaque, la malade dort jour et nuit. L'alimentation est facile puisque la patiente peut être réveillée. Spontanément, la malade déclare qu'elle a vu apparaître sur son lit des reptiles rampant, des anguilles qu'il lui fallait repousser de la main. Un après-midi, vers 6 heures, elle appelle sa fille et lui demande de chasser cette femme vêtue de noir qui lui fait très peur.

Sur les murs de sa chambre, la malade affirme voir de nombreuses croix gammées en couleurs ; dans la cuisine, les carreaux sont sertis de cercles colorés.

La malade accuse également une diplopie très nette, les personnes de son entourage lui semblent avoir quatre mains.

Le 27 octobre, la malade n'est plus sujette à la somnolence, les hallucinations visuelles ont disparu. Interrogée sur les sentiments qu'elle éprouvait lors de l'apparition des phantasmes, la malade déclare qu'elle n'a jamais cru à leur réalité, mais que cependant elle en avait peur.

Depuis lors, ni la somnolence, ni l'hallucinoze n'ont reparu.

Obs. II. — Malade, âgée de 71 ans, sans nul passé pathologique. Depuis deux ans, petites pertes de conscience non suivies de paralysie.

Le 2 octobre 1934, dans la journée, malaise avec vomissement, envie violente d'aller à la selle. La malade s'affaisse sur le siège des W.-C., se blesse légèrement et perd conscience pendant environ 3/4 d'heure ; ramassant ses forces, la patiente regagne sa chambre à coucher en se traînant.

Le 3 octobre, la malade constate que bien qu'aucun de ses membres ne soit paralysé, elle est incapable de se tenir debout et de marcher. En même temps, elle est frappée par la tendance au sommeil qui l'envahit. Elle dort, dès qu'on ne s'occupe plus d'elle, et même elle dort en marchant.

Ayant longuement interrogé la fille de la malade, nous avons appris qu'il s'agissait bien de sommeil, qu'on pouvait facilement tirer la malade de la somnolence qui la prenait dès que cessait toute stimulation psychique ou matérielle. Ce qui nous a été révélé, en outre, par cet observateur très intelligent, c'est que la patiente, dans les jours qui suivirent l'ictus, semblait désorientée, posait des questions étranges et enfin était hantée par des hallucinations visuelles et des illusions. Un jour, par exemple, elle demande à sa fille pourquoi celle-ci s'est habillée de noir, alors qu'elle portait une robe de couleur.

A d'autres moments, la malade affirma que, dans la pleine lumière du jour, elle avait vu apparaître, sur le parquet de la chambre, des animaux, des bêtes, des chats glissant et rampant.

Cet état hallucinatoire se poursuivit pendant plusieurs mois.

Examinée par nous le 27 décembre 1935, nous constatons : 1° l'intégrité des facultés psychiques : intelligence, mémoire, critique, affectivité, ainsi que de la fonction verbale ; 2° des troubles très importants de la station et de la marche indiquant le plus clairement une perturbation profonde de la fonction cérébelleuse : dysmétrie, ataxie cérébelleuse, adiodococrinésie, tremblement cinétique. Réflexes tendineux vifs, perte des sensations vibratoires aux deux membres inférieurs.

Voici donc deux faits dont le rapprochement s'impose de soi-même, puisque, dans l'un comme dans l'autre, il s'agit de femmes âgées de 71 ans, sans nul passé morbide, non entachées d'intoxication quelconque qui, à la suite d'ictus, présentèrent à la fois une perturbation de la fonction hypnique, des hallucinations et des illusions de la vue critiquées, au moins pour certaines d'entre elles.

Remarquons bien que l'incidence des phantasmes hallucinatoires coïncida toujours exactement avec la période pendant laquelle la fonction hypnique se montra fortement troublée du fait de l'apparition de la somnolence et de l'hypersomnie diurne.

Qu'il y ait entre les deux phénomènes morbides un lien étroit, nous avons d'autant moins le droit d'en douter que les observations de ce genre ne sont pas isolées et que, comme nous y avons insisté à plusieurs reprises, l'hallucinoze pédonculaire s'associe dans la règle à une modification plus ou moins grossière de l'équilibre hypnique, généralement d'ailleurs dans le sens de l'hypersomnie.

Mais, si cette donnée est exacte, elle doit s'appliquer non seulement aux faits à l'origine desquels l'altération cérébrale se montre grossière et patente, mais aussi aux cas où le désordre hypnique apparaît exclusif, semble-t-il, de tout support organique.

On l'a reconnu, nous visons ici la maladie de Gélineau : la narcolepsie-cataplexie.

Ainsi que le rappelle Pierre Verger dans un travail riche de documents vécus et de documentation littéraire, nous avons depuis 1910 toujours soutenu cette thèse que la narcolepsie ne pouvait être comprise sous l'angle où l'avait vue Gélineau et que les faits dénonçaient avec trop d'objectivité l'origine matérielle des hypersomnies paroxystiques pour qu'il soit possible d'envisager la narcolepsie comme une maladie *sui-generis*, et encore moins comme une névrose.

Le développement de l'encéphalite épidémique de v. Economo a montré de la manière la moins récusable que le syndrome de Gélineau le plus pur pouvait découler d'une source encéphalitique, laquelle n'aurait jamais été découverte si l'on n'avait pas eu connaissance d'autres cas marqués par la coexistence d'accès hypersomniques et de troubles neurologiques traduisant l'atteinte du méso-diencephale (Lhermitte et Rouquès). Cependant, si nous demeurons persuadé que la « maladie de Gélineau » n'est qu'un syndrome révélateur d'altérations organiques diverses dans leur qualité, nous n'entendons pas soutenir qu'il n'y ait pas lieu d'isoler un syndrome très particulier dans lequel la cause organique ne peut être saisie et dont l'expression symptomatique comprend deux faces : l'une la narcolepsie, l'autre la cataplexie.



Ceci étant entendu, retrouvons-nous dans le syndrome pur de Gélineau, où seule la fonction hypnique laisse voir un grossier déséquilibre, quelque composant onirique ou hallucinatoire ? Depuis de longues années, nous nous sommes posé ce problème et nous fûmes assez heureux pour retrouver plusieurs faits qui montrent que, à l'exemple du sommeil physiologique, l'hypersomnie paroxystique comporte, elle aussi, une face positive diaprée par l'émancipation du rêve.

Avec Huguenin, nous avons rapporté l'histoire d'une jeune malade présentant à l'état pur le syndrome narcolepsie-cataplexie de Gélineau, chez laquelle l'accès irrésistible de sommeil ramenait le même rêve angoissant au cours duquel son père qu'elle détestait se montrait courant sur les toits, se précipitant dans le vide ou encore la poursuivant armé de son couteau. Cette malade gardait très vivaces les images du rêve qu'elle revivait fréquemment ; mais chez d'autres narcoleptiques l'incidence du rêve se marque seulement par l'agitation du patient ou par un automatisme moteur complexe qui traduit le bouillonnement de sa vie intérieure.

En dehors de cet « onirisme narcoleptique » d'autres manifestations encore bien plus intéressantes peuvent apparaître ; nous voulons parler des visions hypnagogiques qui précèdent non plus l'endormissement physiologique mais la période immédiatement antécédente à l'accès d'hypersomnie. Redlich, Lhermitte et Adie ont surtout décrit cette phase hypnagogique de l'accès narcoleptique et indiqué quels étaient les caractères des phantasmes visuels. Ceux-ci se montrent sans nulle cause appa-

rente et, malgré leur physionomie troublante, étrange, fantastique le patient n'éprouve ni anxiété ni même grand étonnement, gardant toujours la notion qu'il est en présence de tableaux, de figures ou d'images irréelles dont il pourra, lorsqu'il en aura le ferme désir, interrompre le déroulement.

Mais pour intéressantes que soient ces apparitions dont le caractère hallucinatoire n'est que trop visible, il est d'autres phénomènes qui sont pour nous encore plus saisissants. Ici, les visions de même caractère que les visions du demi-sommeil étudiées si remarquablement par E. Bernard-Leroy, se manifestent en dehors de l'accès d'hypersomnie. Et si avec Henri Claude nous en avons observé un exemple chez un malade atteint d'une tumeur du III^e ventricule, des manifestations identiques se retrouvent chez les purs narcolepto-cataplectiques de Gélinau. Penta, auquel nous devons une étude magistrale de la narcolepsie, a observé précisément un cas où ces équivalents hypnagogiques se répétaient fréquemment en revêtant la même apparence. C'étaient des enfants qui jouaient que la malade apercevait dans la pièce qu'elle occupait, parmi lesquels elle reconnaissait sa propre nièce. Parfois, à ceux-ci se mêlaient des animaux, à d'autres moments, enfin, elle assistait à des scènes érotiques.

On le voit, à l'exemple du sommeil physiologique dont la voie est semée, chez nombre d'entre nous, de visions dites hypnagogiques, l'accès narcoleptique peut être, lui aussi, précédé de phantasmes du même ordre ; bien plus encore, ces « auras hallucinatoires préhypniques » peuvent s'isoler et se manifester sous la forme « d'équivalents hypnagogiques », véritables hallucinations conscientes et critiquées.

Ajoutons cependant que si la conscience demeure lucide dans la plupart des cas, il est des faits qui témoignent du trouble de l'esprit du sujet. Ainsi, dans un fait rapporté par Alajouanine et Baruk, la patiente hospitalisée se croyait, pendant sa transe, transportée chez elle et voyait défiler devant ses yeux étonnés des personnages qu'elle prenait pour des brigands. La fin de l'équivalent était marqué par un léger assoupissement.



LES HALLUCINATIONS DANS LA CATAPLEXIE

Gélinau, le premier, avait fort bien vu que les narcoleptiques présentaient associée à la crise de sommeil mais indépendante de celle-ci une singulière manifestation caractérisée par la chute

du sujet en pleine lucidité de sa conscience ; et Gélinau, s'interdisant tout désir de pathogénie, désigna cet étrange phénomène par les termes de chute ou d'astasia.

Depuis l'époque où Gélinau observait, de très nombreux auteurs sont venus qui ont confirmé ce qu'avait vu l'éminent médecin français et ont décrit sous d'autres dénominations la même perte soudaine du tonus statique.

Les termes plus ou moins laborieusement élaborés de : Tonus Verlust (Redlich), de Kataplektische Hemmung (Henneberg), de Muskeladynamie Goldflam, de Sturzanfälle (Keller), de Reaktiver Anfall (Strauss), de Tonus Blokade, de Emotional Tonusless, de Attaks of loss of tone and Power (K. Wilson), ne font qu'exprimer le même fait que nous désignons sous l'étiquette moins prétentieuse de cataplexie.

Nous avons trop souvent dépeint l'inhibition cataplectique pour revenir sur la description de ce syndrome qui peut compter parmi les plus singuliers de la neuropathologie ; on en trouvera, au reste, une peinture parfaite dans la thèse de Pierre Verger (1937).

Ce qu'ont montré les études les plus récentes, c'est que à côté des accès d'inhibition toniques qui frappent les sujets dans la journée et au cours de leurs occupations, d'autres crises soudaines peuvent survenir pendant la nuit et se marquer chacune des trois grandes périodes qui composent le sommeil normal : l'endormissement, le sommeil complet, enfin le réveil.

Signalés très exactement par S. Weir-Mitchell, ces épisodes d'inhibition totale des muscles de la vie de relation ont été surtout étudiés par Lhermitte et Y. Dupont (cataplexie du réveil), Kinnier, Wilson, Levin (paralysies du sommeil), Penta (cataplexie du sommeil), J. Wilder, R. Thiele et Bernhardt.

Qu'il s'agisse d'une cataplexie du réveil, ou d'une inhibition tonique survenant en plein sommeil et réveillant le dormeur plein d'angoisse (Night or nocturnal paresis or paralysis de Weir-Mitchell) ou encore d'une cataplexie de l'endormissement (predormital ou hypnagogic paralysis de Levin), les traits du syndrome demeurent identiques. Ce qui domine, c'est la suspension de l'activité volontaire, la paralysie totale du sujet en transe qui ne lui permet pas de proférer une parole ni même de lever le petit doigt. A ne considérer le sujet que du dehors, celui-ci semble parfaitement endormi, alors que, dans la réalité, son esprit anxieux cherche la cause de l'accès qui l'a surpris et que la volonté se ramasse pour faire un ultime effort qui serait libérateur du « charme ». Il s'agit vraiment d'une dissociation du

sommeil, d'un « sommeil corporel », d'un « Schlafanfall ohne Schlaf ».

Or, il arrive que ces épisodes cataplectiques de la nuit qui surprennent le dormeur à la période de l'endormissement ou au réveil, ou encore au cours d'un sommeil profond s'accompagnent, eux aussi, tout comme les crises de narcolepsie, d'hallucinations.

En voici des exemples que nous avons personnellement recueillis :

Obs. I. — Une dame bien portante et pourvue d'un bon équilibre psychologique est sujette depuis l'âge de 23 ans à des attaques de cataplexie du réveil et du sommeil. Parfois, en plein sommeil, cette patiente est réveillée par un sentiment d'angoisse extrême ; tout mouvement lui est interdit ; elle sait alors qu'elle est en crise de cataplexie. Tandis qu'elle lutte intérieurement pour se délivrer de l'espèce de charme qui l'a ensorcelée, pour se déprendre des liens qui l'enchaînent semble-t-il, voici qu'elle éprouve le sentiment bizarre que ses pensées lui échappent, plongée qu'elle est comme dans un rêve lequel est alimenté souvent de thèmes érotiques qui lui répugnent et la laissent confuse et pleine de honte. Pendant mes attaques nocturnes, ajoutait-elle, « je suis comme dans un état de délire, et tandis que mon esprit reste parfaitement lucide, j'entends un autre esprit me dire : « La voici dans son mauvais sommeil, elle dort ainsi à demi ». Parfois le rêve se poursuit, et la dormeuse éprouve l'impression fugitive qu'elle est capable de réaliser ce qu'a cherché en vain le Marquis de Hervey de Saint-Denis : conduire son rêve.

Mais davantage, au cours de certaines attaques cataplectiques, notre patiente fort intelligente et observant avec rigueur, nous déclare qu'elle a entendu des bruits singuliers dans la table de nuit, une voix mystérieuse mais distincte, tout près d'elle, mais extérieure à son corps précise-t-elle, lui souffle à l'oreille : « Ce n'est pas ce numéro-là ».

Dans la suite, la forme des crises s'est légèrement modifiée, et, le 9 janvier dernier la malade nous écrivait ceci : « Les attaques n'ont plus été précédées de vilains rêves (érotiques). Elles ont surtout lieu la nuit, comme cela se produit depuis six mois, alors qu'autrefois elles n'avaient lieu que sur le matin. Elles sont moins lucides, d'une plus longue durée et beaucoup plus coupées de rêves. Elles sont toujours pénibles et ressemblent à des cauchemars conscients.

« Pendant l'une d'elles, j'étais persuadée que je sentais une odeur de gaz dans la chambre. Mon mari ayant fait sa toilette, une demi-heure avant dans la salle de bains qui communique avec ma chambre, je me suis fait la réflexion qu'il avait dû oublier de fermer le gaz. J'ai voulu me lever, mais impossible : efforts, lutte et désespoir habituels avec toujours cette impression de faire les mouvements désirés et d'avoir les membres remis à leur place primitive comme par un ressort puissant. Cela ressemble aux dessins pointillés qu'on veut animer

et dont on décrit les mouvements par un pointillé. Quand j'ai pu sortir enfin de là, j'ai constaté qu'il n'y avait aucune odeur de gaz.

« La dernière attaque eut lieu la nuit ; je dormais profondément et plutôt calmement lorsque j'ai cru entendre un appel angoissé venant de la chambre de mon petit garçon. J'ai cru qu'il avait un cauchemar ainsi que cela lui arrive quelquefois et j'ai voulu me lever pour aller le rassurer. Impossible, même lutte pendant laquelle il me semblait que l'enfant s'étranglait en appelant. Désespoir de mon côté devant mon impuissance d'aller le secourir. Quand je suis sorti, enfin, de cet état, j'ai trouvé l'enfant profondément endormi. Ai-je seulement appelé ? Autrefois j'aurais affirmé que oui, tellement on a la conviction d'être lucide dans ces moments-là, mais depuis l'odeur du gaz, j'ai des doutes. Pourtant, il est un fait certain, c'est que j'ai conscience de la position exacte que j'ai dans le lit. C'est comme si je voyais une autre personne.

« Il y a aussi ceci de certain, c'est que la pensée est bien éveillée et peut raisonner puisque quand j'ai cru entendre l'enfant en proie à un cauchemar, je me suis vite remémoré ce qu'il avait mangé le soir qui aurait pu lui occasionner une mauvaise digestion, et je me suis parfaitement rappelé tout le menu, ceci pendant l'attaque.

« Au cours de cette dernière, j'ai cru sentir comme un picotement par tout le corps, c'est la première fois que j'ai cette impression. »

Notre *deuxième observation* a trait à une femme âgée de 30 ans, de constitution névropathique, mais sans nulle trace de déséquilibre. Depuis un an sont survenues des crises de narcolepsie en même temps qu'apparaissaient, pendant la nuit, au cours d'un rêve, une inhibition tonique caractéristique de la cataplexie. Elle veut appeler au secours, mais ses efforts se montrent impuissants. « Une partie de moi dort, dit-elle, tandis que l'autre rêve. » « Tout en rêvant, je me dis : tu vois c'est un beau rêve que tu fais, je me réveillerais bientôt et je le dirai à mon mari. »

Le 6 mars 1937, la malade nous adresse cette lettre dont nous détachons le passage suivant : « Après quelques heures d'insomnie, j'allais enfin me rendormir lorsque j'entendis un bruit de voix tout près de mon oreille droite, voix très distincte allant crescendo. J'écoutai très intéressée, bien que la phrase entendue fût des plus banales et la voix totalement inconnue. Quelques secondes après, ce fut à l'oreille gauche, puis, de nouveau, à l'oreille droite. Les deux oreilles n'ont pas fonctionné à la fois. Ces phrases ressemblaient à des lambeaux de conversations entendues dans la rue en croisant les passants et qui se seraient enregistrés à mon insu. Comme une de ces phrases se terminait par ces paroles : « Il y a quatre ans et demi », je cherchai dans ma mémoire où je me trouvais à cette époque, et comme je me rappelais que j'étais à ce moment dans le Dauphiné, il apparut (phénomène d'autosuggestion sans doute) devant mes yeux fermés une image très nette et sans couleur d'un

paysage de montagne. Cette image était tellement nette que je pouvais voir les aspérités du roc ; cela ressemblait plutôt à une vue stéréoscopique. J'aurais aimé prolonger cette vision qui dura environ une demi-minute. Dès qu'elle prit fin, je sentis aussitôt la lutte me reprendre (volonté et impossibilité de me mouvoir) et c'est seulement là que je me suis rendu compte que j'étais en pleine attaque de cataplexie. »

Voici donc deux cas de cataplexie de la nuit qui témoignent de l'association intime qui peut unir l'inhibition tonique et l'éclosion d'hallucinations sensorielles diverses qui s'échelonnent depuis celles de la vue jusqu'à celles de l'olfaction. A celles-ci, peuvent s'ajouter des pseudo-hallucinations du type de l'hallucination psychique ainsi que le sentiment de présence.

Si ces observations étaient isolées ou très exceptionnelles, leur valeur pourrait sembler un peu mince, mais il n'en est rien et la littérature psychiatrique renferme plusieurs faits de même ordre.

R. Thiele et Bernhardt rapportent deux cas où l'attaque de cataplexie frappait le sujet pendant son sommeil, déterminant, ainsi qu'il est fréquent de l'observer, un réveil assez anxieux : alors apparaissaient des phantasmes visuels, des personnages qu'un des malades prenait pour des cambrioleurs.

Dans ses travaux sur les accès cataplectiques du réveil, Lévin signale également la survenance, au cours de l'inhibition tonique, de visions de caractère hypnagogique. Un malade, par exemple, est hanté de visions de personnages au moment où la motricité volontaire est frappée d'impuissance complète. Ces personnages entourent son lit, semblent doués de vie, s'imposent comme une réalité vivante, il les reconnaît même comme des membres de sa famille : il lui est même arrivé à plusieurs reprises d'entendre le bruit de leurs voix.

Dans un très intéressant mémoire, Th. Münzer s'est, lui aussi, attaché à montrer que certains cataplectiques de la nuit présentaient en même temps que l'inhibition tonique, des phénomènes hallucinatoires. Un des malades de Münzer, par exemple, avait l'impression que des fourmis couraient sur son corps bien qu'il ne les vît point ; à ceci s'ajoutait l'impression étrange de manque d'air et d'étouffement.

Il est un point sur lequel insiste Münzer et qui mérite d'être souligné ; chez les cataplectiques, les « perceptions sans objet » sont prises pour des réalités ; pendant leur transe, les patients n'ont aucune hésitation sur la validité et l'authenticité de leurs « perceptions ». Il s'agit donc bien, selon Th. Münzer, d'hallucinations vraies et non pas d'hallucinoïdes, si l'on s'en tient à une

division que nous avons souvent critiquée mais que nombre de psychiatres ont admise et défendue.

Sans nul doute, l'affirmation de Münzer est exacte, mais elle n'est valable que pour un certain nombre de faits et l'on ne saurait l'ériger en règle générale. Aussi bien les états hallucinatoires de la narcolepsie que ceux de la cataplexie, ou que ceux enfin qui forment la base de l'« hallucinose pédonculaire » peuvent être alimentés par des « fausses perceptions » prises d'emblée et fermement comme perceptions vraies, comme aussi ces états peuvent être soutenus par des « perceptions sans objet » critiquées et ramenées dans l'esprit à l'état de phantasmes irréels mais parfois pénibles à cause de leur répétition et de leur caractère morbide.

Dans un mémoire qui marque une date dans l'évolution des idées sur la cataplexie, Curt Rosenthal rappelant les observations antérieures publiées par Lhermitte, Serejski et Frumkin, Leniowsky, Leonardi, Dyale et Daniels, R. Thiele et Bernhardt, se croit autorisé à édifier un syndrome nouveau dont la cataplexie, les hallucinations et l'anxiété forment l'armature.

De ce syndrome prenons un exemple. Un jeune narcoleptique de 22 ans présente des accès de cataplexie dans la période de l'endormissement ou de la *prædermitio* ; en même temps que la motricité est suspendue par l'inhibition tonique de la cataplexie, ce sujet croit entendre des conversations téléphoniques ou apercevoir, tout à côté de son lit, une jeune mère, un visage noir, une forme humaine revêtue d'une pèlerine noire, quelquefois enfin, un personnage « droit comme la mort ». Davantage, au cours de certains accès, ce patient a l'impression qu'un souffle frais effleure sa poitrine sur laquelle aussi vient se glisser une main féminine.

Un autre exemple : un cataplectique de la nuit aperçoit, stupéfait, des animaux, des rats, des chats, courir sur son visage, il sent les queues de souris lui balayer la face alors que la transe cataplectique l'immobilise complètement.

Remarquons également, car cette constatation porte loin, que chez certains malades, une fusion des hallucinations s'opère, et que cette coopération adéquate des « perceptions sans objet » vient renforcer encore la croyance du sujet en la réalité des phantasmes qui le hantent. Devons-nous rappeler l'observation édifiante de Bernhardt où nous voyons un narcolepto-cataplectique halluciné, d'autant mieux persuadé de la réalité de ses zoopsies que, au moment qu'il apercevait sur son lit des rats et des serpents il en éprouvait les morsures douloureuses et constatait les empreintes de ces bêtes sur sa peau.

De tels faits qui sont la banalité même dans le délire onirique des intoxiqués, et singulièrement des alcooliques et des cocaïnomanes, nous semblent d'autant plus dignes d'être considérés que, dans les cas de cataplexie que nous visons avec Thiele, Bernhardt, Münzer, Curt Rosenthal, nulle intoxication ne peut être suspectée, d'une part, et que seule la perturbation de la fonction hypnique entre en jeu.

Dans le cadre du syndrome dont C. Rosenthal nous propose l'individualisation, viendraient également se ranger les faits observés par Kinnier-Wilson où le patient croyait entendre ses parents descendre l'escalier, et l'observation de Penta où des serpents entouraient le malheureux patient qui éprouvait aussi de fausses sensations de déplacement de ses membres. Ainsi que nous l'avons indiqué au cours de nos observations, et ainsi qu'en fait foi l'analyse introspective de deux de nos patients, la conscience du cataplectique en transe demeure absolument lucide et critique, du moins *en apparence*. Il suffit de se reporter au récit détaillé que nous ont fourni nos deux malades pour en être assuré.

Cependant, cette apparence de lucidité complète doit être examinée de plus près. Münzer et surtout C. Rosenthal mettent une insistance particulière à dépeindre l'anxiété de ces patients, qui interdirait, à leur sens, toute concentration de pensée ; et cela d'autant plus que la notion de position des membres et même la perception de l'enveloppe corporelle auraient, selon ces auteurs, perdu une grande partie de leur acuité ; à tel degré que certains patients se croient véritablement envoûtés, en proie à un maléfice, ou encore sous l'influence de l'hypnose, d'un charme ou d'un ensorcellement.

Ces remarques très pertinentes sont pleines d'enseignements sur les modifications de nos états de conscience sous l'influence de l'inhibition tonique et, à notre sens, elles portent plus loin qu'on ne le pense. Si nous en avons la liberté, nous aurions plaisir à rapprocher du monde si étrange dans lequel, pendant sa transe, est plongé le cataplectique, l'univers fantastique que nous ont dépeint nos conteurs de féeries qui illumine et transporte des personnages qu'une baguette de fée plonge dans le sommeil ou dans le songe, qui se croient ensorcelés en proie à un maléfice et qu'un incident d'ordre affectif vient replonger dans la réalité. Comment ne pas songer à la Belle au Bois dormant devant cette jeune et charmante femme que le réveil plonge dans la cataplexie et que seul un baiser sur la bouche donné par son mari vient tirer de sa transe ?

Mais revenons au syndrome de Münzer-Rosenthal. D'après ces auteurs, avons-nous vu, l'état de conscience des malades hallucinés cataplectiques serait assez fortement troublé pour ne plus permettre une critique suffisante des fausses perceptions qui les hantent, — et cela en raison, sans doute, d'une anxiété particulièrement vive.

Rien n'est plus loin de notre pensée que de diminuer la valeur des observations recueillies par Th. Münzer et Curt Rosenthal ; celles-ci gardent un intérêt de premier plan. Il est permis cependant de se demander si la perturbation de la conscience pendant la transe cataplectique est toujours aussi profonde que le soutiennent ces neurologistes, et surtout si l'anxiété est la raison majeure de l'apparition des phantasmes hallucinatoires.

Observons, en effet, que chez tous les cataplectiques, l'anxiété apparaît dès que survient l'attaque d'inhibition tonique. Comment, d'ailleurs, et sur ce point plusieurs de nos sujets nous ont fait confiance, pourrait-on supposer que la suspension absolue de tout mouvement, l'anéantissement de tout l'être physique devant une conscience lucide, devant un esprit qui comprend à quel degré sont abolies les fonctions de défense et de protection, n'engendrât point une grande inquiétude et même, généralement, une vive anxiété ? Si nous nous tenons aux faits que nous avons observés, nous croyons que l'anxiété n'est à aucun degré le propre des cataplectiques hallucinés, que les « perceptions sans objet » ne peuvent être tenues pour la conséquence de l'état affectif et que, pour en rendre compte, une autre explication doit être cherchée. Et cela est si vrai que plusieurs de nos cataplectiques hallucinés ont insisté dans leur récit sur l'absence d'angoisse qu'ils ont remarquée devant le déroulement d'images hallucinatoires bien propres cependant à émouvoir ou à troubler l'esprit.



Cette explication quelle est-elle ? La ligne que nous suivons depuis le début de cet exposé est trop nette pour que le lecteur n'ait pas déjà deviné où elle conduit. Parti de la donnée positive de l'« hallucinose pédonculaire » pour explorer le domaine de la narcolepsie-cataplexie et y glaner des faits d'hallucinations du même type nous sommes tout naturellement conduit à intégrer dans le même mécanisme psycho-physiologique les phantasmes sensoriels, l'inhibition tonique et l'attaque de sommeil paroxystique, et à considérer les uns et les autres comme des témoignages de la perturbation de la fonction hypnique. Déjà,

sur la nature de la narcolepsie et de la cataplexie, la première étant l'équivalent du sommeil total, la seconde celui du sommeil corporel (*Körperschlaf*), l'accord est fait entre les neurologistes ; pour quelle raison n'en serait-il pas de même pour ces hallucinations que nous avons en vue ?

Et s'il reste de bonne règle de ne pas dissocier, dans l'interprétation à leur donner, les phénomènes morbides qui se déroulent en même temps chez le même sujet, il est malaisé de ne pas rattacher au même trouble de la fonction hypnique la narcolepsie, la cataplexie et les hallucinations qui, plus fréquemment qu'on ne le croit, accidentent et compliquent le cours de la « maladie de Gélinau ».

Ainsi donc, tout de même que le sommeil physiologique, les sommeils morbides dont la narcolepsie-cataplexie est le plus saisissant exemple, sont aptes à libérer une activité particulière, à montrer une face positive qui, contrastant avec l'inhibition de la conscience ou de l'activité motrice permet le déploiement des fantaisies d'une activité onirique achevée ou fragmentaire. Et de ce fait, certaines hallucinations dont l'association avec certains syndromes ou dont les liens de dépendance avec des lésions limitées à certains centres végétatifs de la calotte pédonculaire semblaient étranges, perdent leur côté mystérieux, puisqu'ils nous apparaissent aujourd'hui comme les témoins du morcellement de la fonction hypnique troublée et, en dernière analyse, comme les équivalents d'images oniriques que l'attitude motrice et l'état de conscience des sujets permettent d'extérioriser.

LA TECHNIQUE ACTUELLE DU TEST PSYCHO-DIAGNOSTIQUE DE RORSCHACH

(*Revision et critique*)

PAR

MARCEL MONNIER

L'ignorance de la technique exacte du test de Rorschach est fréquente chez les auteurs qui utilisent cette méthode sans avoir lu « Psychodiagnostik » (1), ou sans s'être documenté auprès des disciples directs de Rorschach. Pour remédier à cette difficulté, nous avons publié antérieurement une étude dans laquelle se trouve un exposé de la méthode et de ses applications (2). Les expériences acquises plus récemment dans ce domaine nous engagent à préciser et réviser aujourd'hui certaines données méthodologiques. Par ailleurs, l'édition actuelle de « Psychodiagnostik », basée sur le manuscrit de 1921, est désuète ; sa terminologie manque d'unité et la lecture en est ardue, même pour le lecteur allemand. Enfin, les déductions caractérologiques de l'auteur se subordonnent trop docilement aux systèmes psychologiques de l'école zurichoise : la doctrine associationiste de Wundt, Lipps, Bleuler d'une part, la typologie de Jung d'autre part. Une révision, qui épurerait la terminologie, préciserait la technique et ramènerait la caractérologie à ses bases empiriques est d'autant plus souhaitable qu'elle permettrait d'élaborer, à partir du test, une *psychologie phénoménologique* plus objective.

(1) H. RORSCHACH. — *Psychodiagnostik*. Huber Verlag. Bern., 1932.

(2) Marcel MONNIER. — Le test psychologique de Rorschach. *Encéphale*, 1934, t. XXIX, n° 3 et 4.

C'est une révision dans ce sens que nous avons projetée, en vue de la traduction française que nous réclamait l'éditeur de *Psychodiagnostik*. Nous n'exposerons ici que le plan de cette révision, en précisant la marche à suivre et les précautions dont il faut s'entourer lorsqu'on interprète les données du protocole.

Principe de la méthode

Le diagnostic psychologique de Rorschach repose, comme on le sait, sur la perception et l'interprétation d'images maculiformes indéfinies. Ces processus nous renseignent sur les fonctions intellectuelles et le caractère d'un sujet, indépendamment de ses connaissances scolaires. Le test procède essentiellement de la psychophysiologie de Wundt, en tant qu'il étudie les réponses associatives engendrées par une excitation sensorielle, et de la psychanalyse, en tant qu'elle tient compte du contenu psychologique de la réponse. Elle s'apparente au test associatif de Jung, dont elle est dérivée en partie.

Dans le test de Rorschach, l'excitant, une simple tache noire ou colorée, est indéterminé, contrairement au test de Jung, où l'excitant (verbal) est doué d'un sens bien défini. Il appartient au sujet de conférer à cette tache un sens particulier, un contenu. Le mécanisme de cette interprétation est le suivant : la tache, en tant qu'excitant visuel, provoque d'abord diverses sensations élémentaires de forme, de couleur, de mouvement. Ces sensations réactualisent, par voie associative, les engrammes-souvenirs de sensations semblables, éprouvées antérieurement et élaborées depuis en représentations définies. Cette assimilation des sensations actuelles, provoquées par la tache, aux engrammes-souvenirs préexistants, caractérise le *processus de perception*. Ainsi, le simple fait d'assimiler à l'engramme-souvenir « chauve-souris », par exemple, les sensations de formes éveillées par la planche 5, nécessite la collaboration des fonctions sensorielles associatives et mnésiques.

A ce point de vue, *le test de Rorschach, basé sur une perception visuelle, nous renseigne directement sur les processus de sensation, association et mémoire. Par ailleurs, dans la mesure où le mode de perception est en relation avec le caractère, le test nous renseigne indirectement aussi sur ce dernier.*

Le caractère, qui est la résultante de la sensibilité, de l'intelligence, de l'activité énergétique et instinctive du sujet, n'est donc exploré qu'indirectement dans l'épreuve de Rorschach. Il importe de bien comprendre ces faits pour ne pas exiger du test plus qu'il ne saurait donner et pour ne pas en sous-estimer non plus la valeur.

Technique actuelle de la méthode

Voici, en résumé, la technique et la terminologie que nous utilisons :

A. MANIÈRE DE PROTOCOLER LES RÉPONSES

Noter d'abord, en plus du nom, le sexe, l'âge, la race, le métier ou la profession du sujet, et surtout son comportement actuel, son humeur pendant l'épreuve. Les planches de la série originale de Rorschach sont présentées toujours dans le même ordre (de 1 à 10) et dans le même sens. L'examineur, placé en arrière du sujet, pose pour chaque planche la question : « Qu'est-ce que c'est ? », et rien de plus (tout autre genre de question influence à tort le sujet). Il protocolle en style télégraphique tout ce que répond le sujet, son temps de réaction approximatif, la position qu'il donne à la planche indiquée par une flèche dans le protocole) ; cinq réponses par planche suffisent en général. Si le sujet ne répond pas, attendre cinq minutes, en renouvelant de temps en temps la question : « Qu'est-ce que c'est ? » La valeur de l'épreuve dépend autant du zèle de l'examineur que de la bonne volonté du sujet. Après avoir montré les 10 planches, noter la durée totale de l'examen ; s'enquérir de la couleur et de la planche que le sujet préfère et pourquoi. On le questionnera aussi sur les sensations qui ont inspiré ses interprétations. Enfin, les opérateurs familiarisés avec la technique psychanalytique étudieront les associations libres du patient en fonction des interprétations fournies pendant l'épreuve.

B. MANIÈRE D'ÉVALUER QUALITATIVEMENT CHAQUE RÉPONSE

C'est la phase la plus difficile du test ; elle requiert une grande expérience personnelle. Chaque réponse sera caractérisée par une formule, composée de quatre lettres, se rapportant, l'une au mode de préhension, la seconde au mode de sensation, la 3^e à la nature du contenu, la 4^e à l'originalité du contenu des réponses. On établira cette formule selon le schéma suivant, en respectant si possible les symboles que nous avons adoptés, parce que semblables à ceux de Rorschach :

1. *Modes de préhension* (Erfassungsmodi) : G, DG, D-D, Dd, Dim, Do.

Ils caractérisent la manière dont le sujet choisit, « saisit » dans l'image l'élément qu'il interprète ensuite. Cet élément peut être l'image entière (*élément global* = G), ou bien un détail ordinaire de l'image, à partir duquel tous les autres éléments de l'image sont ensuite interprétés (*interprétation « confabulatrice »* = DG. Exemple, planche 1 : des pinces d'écrevisse = une écrevisse), ou bien plusieurs détails

ordinaires indépendants que le sujet groupe secondairement en un même concept (*interprétation combinative* = D-D), ou bien tous les détails ordinaires de la planche que le sujet groupe secondairement en une notion globale (*interprétation combinative* D-DG). Exemples, planche 10 : D-D = une araignée (bleu), dévorant une feuille (vert latéral), D-DG = faune marine.

L'élément « saisi » est très souvent un *détail ordinaire* (D), c'est-à-dire un détail fréquemment interprété par les sujets normaux. Je signale, à ce point de vue, que beaucoup d'examineurs méconnaissent les D et croient que tout détail de forte dimension est un D, alors que les D dépendent avant tout de leur fréquence statistique. C'est pourquoi je parle de « détail ordinaire », que j'oppose aux détails extraordinaires Dd (détail de détail), rarement perçus par les sujets normaux. Ces derniers, il est vrai, sont souvent de faible dimension. Certaines interprétations se rapportent aux « détails intermaculaires », c'est-à-dire aux espaces blancs entre les taches ; je les désigne par Dim (et Ddim, si l'espace intermaculaire saisi est excentrique et rarement interprété). Le facteur le plus souvent incompris est l'*interprétation d'un détail dit oligophrénique* = Do, que Rorschach croyait caractéristique du déficit mental. Il s'agit, non pas d'un détail ridicule, comme bien des débutants l'imaginent, mais d'un *fragment de l'élément interprété comme entité par un sujet normal*. Là où ce dernier « saisit », par exemple, un détail ordinaire (ou un élément global) qu'il interprète comme « homme », par exemple, avec une « tête, un tronc, des membres », certains sujets débiles, névrosés ou déprimés ne saisissent que le fragment « tête ou jambe ». Il faut donc se garder de confondre le détail dit oligophrénique (Do) avec le détail extraordinaire (Dd).

Aux modes de préhension se rattachent les facteurs « *symétrie* » et « *situation* », soit « sym » et « sit », qui indiquent la sensibilité de certains sujets à l'égard de la symétrie des taches ou de leur disposition l'une par rapport à l'autre sur la planche.

2. *Modes de sensation*. — Les sensations de forme, mouvement, couleur, clair-obscur, éprouvées par le sujet, en même temps qu'il saisit un des éléments de l'image, conditionnent aussi ses interprétations. J'appelle ces facteurs *modalités esthétiques* et distingue une modalité *morphesthésique* (sensation de forme = F), une modalité *kinesthésique* (sensation de mouvement = K), et une modalité *chromesthésique* (sensation de couleur), où l'on reconnaît tantôt un élément *polychromesthésique* (sensations de couleurs réelles : FC, CF et C), tantôt un élément *monochromesthésique* (teintes clair-obscur, camaïeux : F. Clobs, Clobs F, Clobs).

Rorschach distingue parmi les *interprétations morphesthésiques* (forme), des interprétations (F +) et des interprétations (F —). Rappelons que le critère de la qualité des F est essentiellement statistique et non pas uniquement subjectif. Sont considérées comme F + les interprétations fréquemment fournies comme telles à propos de

tel élément ; dans ces interprétations, la forme de l'élément servant de point de départ correspond assez exactement à celle de l'engramme associé, d'où clarté de l'idée, de la notion.

Parmi les *interprétations kinesthésiques*, on peut distinguer des kinesthésies primaires ou pures (K) et des kinesthésies secondaires, alliées à des sensations morphesthésiques (KF). On ne considère comme kinesthésies que les interprétations relatives à des figures humaines animées et exceptionnellement celles relatives à des figures animales anthropolomorphes (ours, singes), avec lesquelles le sujet peut s'identifier.

Parmi les *interprétations chromesthésiques*, on distingue de même des polychromesthésies primaires ou pures, inspirées uniquement par la couleur (C), des polychromesthésies secondaires, inspirées par la couleur d'abord, puis la forme ensuite (CF), des polychromesthésies tertiaires (FC), conditionnées par la forme avant tout, un peu par la couleur.

Les interprétations monochromesthésiques ont été subdivisées par Binder (1) en monochromesthésies authentiques (primaires = Clobs, secondaires = Clobs F, tertiaires = F Clobs), liées à une sensation diffuse de clair-obscur et des monochromesthésies intellectualisées et descriptives = F (C), déterminées par la perception de certaines masses plus sombres à l'intérieur des images grises. Exemples, Clobs = de la fumée, planche VII ; Clobs F = des nuages, planche VII ; F Clobs = une peau de bête moirée, veloutée, F (C) intellectuelle = tête de pantin ricaneur, planche I, segment latéral droit, profil noir sur fond gris.

3. *Nature du contenu des réponses.* — On classe les interprétations d'après la nature de leur contenu : figures animales (A), humaines (H), anatomiques (Anat), sexuelles (sex), végétales (veg), minérales (obj), naturalistes (nat), géographiques (géog). Parmi les figures animées (animaux, hommes), on distingue des interprétations A et H, évoquant une figure animale ou humaine entière et des interprétations Ad et Hd, évoquant seulement un segment des figures animale ou humaine. On a attribué aussi une certaine valeur psychanalytique à la nature des mouvements et attitudes dont sont animées les figures humaines perçues : mouvements de flexion, d'extension.

4. *Banalité et originalité du contenu.* — Il y a lieu de discerner entre les interprétations banales, dites vulgaires (V), fournies par le tiers des sujets normaux et les interprétations originales (O), fournies par 1 sujet normal sur 100. On évaluera, comme pour les morphesthésies, la qualité des interprétations originales (O + et O —), en se rapportant surtout à leur exactitude. De tous les facteurs de l'épreuve, les O sont les plus significatifs au point de vue caractérologique.

(1) H. BINDER. — Die Helldunkeldeutungen im psychodiagnostischen Experiment von Rorschach. *Schw. Arch. Neur.*, 1932, 30, 1 und 233.

C. MANIÈRE D'ÉVALUER QUANTITATIVEMENT LES DONNÉES DU PROTOCOLE ET D'ÉTABLIR LEURS RAPPORTS

Cette phase offre moins de difficulté que la précédente. Elle consiste à additionner les facteurs précédemment définis et à en étudier les corrélations. Nous suivons le schéma suivant :

1. *Nombre total de réponses* (= normalement de 15 à 30) et *durée totale de l'épreuve* (30 minutes le plus souvent). Ces chiffres permettent d'établir le temps de réaction approximatif par réponse (1 minute environ).

2. *Type de préhension et de succession*. — On additionne les divers modes de préhension G, DG, D, Dd, etc., afin de voir lesquels prédominent. Les sujets normaux fournissent la proportion suivante, qu'il est indispensable de connaître : $8G + 23D + 2Dd + 1Dim$, c'est-à-dire trois fois moins de G que de D et quatre fois moins de Dd que de G. Les chiffres qui dépassent cette moyenne idéale révèlent les dominantes du type de préhension : type G (synthétique), DG (confabulateur), D-DG et D-D (combinatif), D (conformiste, pratique), Dd (minutieux), Dim (antithétique). Il va sans dire que la valeur caractérologique de ces dominantes ne peut être confirmée qu'en fonction de l'ensemble des données du test.

On notera aussi la *succession* des modes de préhension pour chaque planche (début par G normalement, puis D, puis Dd), et pour toute la série des planches. Si cette hiérarchie fait défaut, la succession est dite relâchée. Ce facteur n'a d'importance que si le sujet fournit plusieurs réponses par planche.

3. *Rapport esthétique et type de résonance*. — J'appelle *rapport esthétique* le rapport des nombres de chaque modalité esthétique, chacune comptant pour 1.

Rapport esthétique : $F : K : C = \text{total } F : \text{total } K : \text{total } C$. Chez les sujets normaux, équilibrés et moyennement doués, ce rapport serait, par exemple : $F : K : C = 18 : 3 : 3$, soit $6 : 1 : 1$, soit 73 %, à 13 %, à 14 %. Ce rapport nous permet d'établir s'il y a exagération de la disposition morphesthétique par rapport à l'ensemble des kinesthésies et chromesthésies. Normalement, $F : (K + C) = 18 : 6$, soit $6 : 2$. L'augmentation en faveur de F traduit une disposition hypermorphesthétique, ce qui peut s'exercer, soit au détriment des K, soit au détriment des C, soit au détriment des deux facteurs à la fois.

Le *rapport esthétique*, que j'ai introduit dans la pratique du test de Rorschach est plus objectif que le *type de résonance* (Erlebnistypus), auquel Rorschach attribue tant d'importance. Il est nécessaire toutefois d'établir ce dernier aussi, ce que l'on obtient en calculant tout d'abord la somme des K (chaque K comptant pour 1), puis celle des chromesthésies (les C comptant pour $1\frac{1}{2}$, les CF pour 1 et les FG pour $\frac{1}{2}$). Le rapport du total des K au total des chromesthésies nous donne le type de résonance (Erlebnistypus).

Mentionnons ici aussi l'existence éventuelle du *choc chromesthésique*, c'est-à-dire l'inhibition totale des associations à la vue des planches colorées (planche 2 et 3 surtout), et notons la couleur préférée du sujet.

4. *Pourcentages relatifs au contenu.* — Le *pourcentage des interprétations morphesthésiques* exactes (soit $F +$ %) est un des facteurs importants du test. On calcule à cet effet le nombre total de $F +$ que l'on divise par la somme des $F +$ et des $F -$ et l'on multiplie ce chiffre par 100.

5. *Pourcentages relatifs au contenu des interprétations* (A %, H %). — Le total des A, H ou Anat est divisé par le nombre total de réponses et ce nombre multiplié ensuite par 100.

6. *Pourcentages relatifs à l'originalité des interprétations* (V %, O %). — Le total des V ou des O est divisé par le nombre total de réponses et ce nombre est multiplié par 100.

D. MANIÈRE D'INTERPRÉTER LES FACTEURS DU TEST ET D'ÉLABORER UN PSYCHOGRAMME

L'interprétation caractérologique du protocole à partir de ses facteurs est une opération aussi délicate que l'interprétation graphologique. Bien que l'intuition joue un certain rôle dans cette interprétation, il est bon de suivre un certain plan. Comme en graphologie, comme dans un diagnostic médical aussi, on groupera tout d'abord les divers signes en tableau ; les signes dominants occupent le centre du tableau ; ils orientent le diagnostic et conditionnent la valeur des signes secondaires, que l'on ordonne ensuite autour des premiers.

Les facteurs primaires sont en général : le rapport esthétique et le type de résonance. Selon que la disposition morphesthésique, kinesthésique ou chromesthésique prédomine, la valeur caractérologique des autres facteurs du test varie. On notera, par exemple, qu'une exagération de la disposition morphesthésique (F) au détriment des kinesthésies et chromesthésies apparaît associée à un type de préhension synthétique (G), à une succession rigide, à un pourcentage élevé de A. Ce tableau séméiologique servira de canevas à l'interprétation plus détaillée de chaque facteur que l'on reprendra séparément. On recherchera avec soin à quels autres facteurs un signe prédominant (K par exemple) se trouve associé dans la même réponse, à quel mode de préhension, à quel contenu.

Bref, on s'appliquera, avant toute interprétation, à brosser le *tableau phénoménologique*. Le test de Rorschach doit nous servir à décrire plus qu'à interpréter. Il permet d'établir le *type esthétique* tout d'abord, qui dans les cas extrêmes peut être assez pur : type essentiellement morphesthésique, type essentiellement kinesthésique, type essentiellement chromesthésique. Il montre dans quelle mesure

l'un d'entre eux s'exagère au détriment de l'autre. Cette modification s'accompagne de modifications importantes du *type de préhension* et de la *nature du contenu*.

Pour rester sur un terrain expérimental, il convient de s'arrêter à ce tableau phénoménologique, où se trouvent groupés et hiérarchisés les divers facteurs du test. La valeur caractérologique de ces divers facteurs est encore mal connue et nécessite des recherches ultérieures sur un grand nombre de sujets normaux. La valeur des signes secondaires varie, d'autre part, en fonction de nombreux facteurs : niveau intellectuel, disposition affective momentanée, âge, profession et race du sujet.

Il est absolument indispensable, comme l'a démontré M. Bleuler (1), de connaître le *niveau intellectuel* du sujet, si l'on veut tirer des conclusions sur son caractère, et surtout si l'on veut étudier comparativement les réactions de plusieurs sujets, appartenant à un même groupe, comme c'est le cas en génétique, pédagogie, psychiatrie. Dans les cas de ce genre, nous recommandons de soumettre le sujet également à une épreuve de l'intelligence (interrogatoire et test de Binet-Simon). Si l'on connaît exactement le niveau intellectuel du sujet, on pourra acquérir, par le test de Rorschach, des renseignements très précieux sur la forme et la qualité de son intelligence et de son affectivité.

Enfin, je tiens à mettre le lecteur en garde contre les termes d'introversion et extratension, utilisés par Rorschach. Indépendamment que les notions d'introversion et extraversion sont terriblement schématiques, j'estime qu'elles ne correspondent pas constamment aux facteurs du test auxquels elles se rapportent (Erlebnistypus), ni aux données cliniques. C'est pourquoi il est nécessaire de ramener la caractérologie de Rorschach à ses bases phénoménologiques et de n'utiliser qu'une terminologie purement descriptive. Nous préférons parler de types à prédominance kinesthésique, chromesthésique ou morphesthésique, plutôt que des types « intraversifs », « extratensifs », « coartés », comme le fait Rorschach. La technique des tests psychologiques est suffisamment vouée à l'erreur pour que l'on évite d'en introduire de nouvelles par l'emploi de termes impropres et par des spéculations hâtives (2).

(1) M. BLEULER. — Der Rorschach-Versuch als Unterscheidungsmittel von Konstitution und Prozess. *Zschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, 151, Bd 4-5, 1934.

(2) On trouvera de nombreux exemples de protocoles, établis et interprétés par nous-même, dans la thèse du D^r Aubrun sur « le syndrome parkinsonien. Paris, 1937.

TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE PAR LE PENTAMÉTHYLÈNTÉTRAZOL (CARDIAZOL)

PAR

HONORIO DELGADO

A peu près simultanément, en 1934 et 1935, ont été publiés les premiers résultats de l'application des procédés originaux et très efficaces pour le traitement de la psychose la moins susceptible d'être guérie, la schizophrénie.

L'un des procédés très difficiles à appliquer et ne manquant pas de dangers, se généralise rapidement dans les cliniques de psychiatrie du monde civilisé et sert même de sujet d'information dans la grande presse et dans la conversation des profanes. L'autre, de pratique très simple et sans dangers, n'a été pris en considération et réalisé jusqu'à ce jour que par un nombre très restreint de spécialistes. Le premier est la méthode du D^r Manfred Sakel, de Vienne, basé sur les effets prolongés de l'hypoglycémie insulinique intense. Le second est celui du D^r Ladislaus von Meduna, de Budapest, consistant en la provocation d'attaques épileptiques sous l'effet de grandes doses de cardiazol.

Actuellement, nous employons l'un et l'autre des procédés. Nous avons commencé avec celui de von Meduna en mars 1937. Malgré le nombre réduit de ces traités et la brièveté du temps d'observation, nous nous permettons de publier nos premiers résultats, encouragés par le succès surprenant que nous avons obtenu et par le désir de voir se répandre la connaissance et l'application d'un traitement, — celui du cardiazol, — dont l'omission nous semble inexplicable (1).

(1) Nous remercions notre ami, le D^r J.-O. Trelles, pour l'intérêt qu'il a porté à la rédaction en langue française de cet article.

I. — LA MÉTHODE DE VON MEDUNA

L'antagonisme manifeste entre la schizophrénie et l'épilepsie est l'idée qui a poussé von Meduna à essayer d'abord les injections d'huile camphrée à 25 % et ensuite celles de cardiazol, dans le traitement de la schizophrénie. Il se base sur l'effet favorable des crises d'épilepsie sur le cours de la schizophrénie observées antérieurement par Niyrō et Jablonszky (1929), G. Müller (1930) et A. Glaus (1931), et de plus sur le fait de la grande rareté de la coexistence des deux maladies, rareté signalée par G. Steiner et A. Strauss (1932), qui affirment que les crises de type épileptique sont tellement rares au cours de la schizophrénie véritable que leur apparition peut faire douter du diagnostic. C'est dans cet esprit que von Meduna conçoit l'hypothèse de travail qu'il formule en ces termes : « Entre l'épilepsie et la schizophrénie, il existe un antagonisme biologique. Si l'on arrive à produire des crises épileptiques chez les patients atteints de schizophrénie, il en résultera des changements chimiques, humoraux, hémato-logiques, etc..., dans le milieu interne de l'organisme, qui créeront un terrain défavorable au développement de la schizophrénie, et, par conséquent, naît la possibilité biologique de la régression de la maladie. »

a) *La technique.* — La technique instituée par von Meduna consiste à appliquer des injections intraveineuses de cardiazol en solution aux patients à jeûn. Il est important qu'au moment de l'injection, le sujet ne se trouve sous l'action d'aucun sédatif. Au cours de ses premiers essais il a employé la solution au 10 %, qui se trouve sur le marché sous forme d'ampoules de 1 cc. et 3 cc. Postérieurement, il emploie la concentration de 20 % qu'il a fait préparer spécialement à l'usage de sa clinique et qui ne se trouve pas sur le marché, réservant la solution au 10 % pour les injections intra-musculaires, seulement indiquées dans les rares cas où les intra-veineuses sont impossibles. Pour cette raison, afin d'éviter des erreurs, nous nous référons, par la suite, à la quantité de cardiazol et non à sa solution. La dose initiale est de 0 gr. 50 ; elle est répétée deux fois par semaine tant qu'elle produit des crises épileptiques. Quand elle cesse d'en produire, on injecte la dose de 0 gr. 60 le jour suivant, et ainsi de suite. La règle est de laisser deux ou trois jours de repos après une crise et de répéter l'injection en augmentant la dose de 0 gr. 10 au lendemain de chaque tentative infructueuse. De cette façon, on peut arriver à injecter la dose maximum

de 1 gr. 50 à la fois. Dans la plupart des cas, il n'est pas nécessaire de dépasser 1 gr., dose que von Meduna signalait comme limite avant la publication de son livre. La vitesse de l'injection est une condition requise importante : elle ne doit pas descendre au-dessous de 0 gr. 10 de cardiazol par seconde. Quand la voie intra-veineuse est impraticable, on suit la voie intra-musculaire profonde, avec des doses de cardiazol supérieures de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 à celles qui correspondent à la voie intra-veineuse. Le nombre de crises épileptiques nécessaires à la guérison varie avec les individus. Von Meduna a obtenu des rémissions complètes avec seulement deux ou trois crises. Il conseille cependant une fois le résultat obtenu, de produire au moins trois crises de plus pour éviter la rechute, même si le sujet s'y oppose. Le nombre maximum de crises est de trente.

b) *Les crises convulsives.* — La crise convulsive produite par le cardiazol, selon von Meduna, a les principaux caractères suivants : immédiatement après la fin de l'injection ou quelques secondes après, jamais plus de 30 secondes (nous avons constaté une fois 58 secondes), le patient perd connaissance et ouvre la bouche durant quelques secondes, — circonstance dont on profite pour placer un tampon approprié afin d'éviter les morsures (avec l'injection intra-musculaire les effets tardent 20 minutes au plus à se présenter). Ensuite se produisent les contractions toniques dont la durée est de 7 à 26 secondes ; à celles-ci succèdent les contractions toniques qui durent de 30 à 45 secondes. En sorte que la crise convulsive est de 40 à 70 secondes. Les contractions ont toujours lieu des deux côtés du corps ; elles ne sont, au début, que très exceptionnellement localisées et asymétriques. Durant la crise il se produit parfois des émissions d'urine et des gaz par le rectum et occasionnellement une éjaculation sans érection. Déjà, au moment de l'injection, on observe habituellement la pâleur de la figure. Fréquemment, le teint devient blanc-grisâtre, et, dans la phase clonique, cyanotique, probablement à cause de la difficulté respiratoire. Quelquefois, la crise commence par un relâchement vasomoteur, et alors la figure, grâce à la vasodilatation, devient rouge, le pouls est plus fréquent immédiatement après la crise ; on peut arriver à compter 120 à 130 pulsations rythmiques, rarement plus. Après 5 ou 10 minutes généralement, se rétablit la fréquence normale. Les réflexes se comportent comme dans l'épilepsie proprement dite. Après la crise, le malade reprend lentement conscience, ou bien il se produit un sommeil de quelques minutes généralement.

Quelquefois, sans que la crise arrive à les déchaîner, il se produit pendant quelques minutes des équivalents : état crépusculaire, délire, etc. On n'a jamais observé de crise épileptique procursive, non plus que d'épilepsie jacksonienne. Quand le patient reprend contact avec le milieu ambiant, après la crise et la perturbation consécutive de la conscience, l'amnésie est complète, antérograde et rétrograde, laquelle disparaît ordinairement après quelques minutes.

L'analyse d'urine fournit des renseignements qui concordent avec les changements produits par une crise épileptique typique : augmentation de l'acidité (26 % en moyenne), présence d'acide lactique, augmentation du phosphore (10 %) et diminution du chlore (25 %). En plus von Meduna a constaté une déviation vers la gauche du tableau hématique, laquelle ne serait pas due aux crises, mais plutôt à un effet inconnu de fortes doses de cardiazol. Cette déviation est généralement doublée dans les cas de rémission.

c) *Contre-indications.* — Le traitement est contre-indiqué chez les malades du cœur et chez ceux qui souffrent de maladies fébriles. Ses complications sont pratiquement insignifiantes. Sur plus de 2.000 injections avec plus de 1.000 crises épileptiques, von Meduna n'a constaté que deux luxations du bras, une du maxillaire et quelques altérations cardiaques fonctionnelles. Il est prudent cependant de laisser le malade au lit le matin du jour où on lui fait l'injection ; il pourra se lever pour déjeuner à midi.

II. — RÉSULTATS DES AUTRES AUTEURS QUI NOUS ONT PRÉCÉDÉS

Les résultats qu'a obtenus von Meduna avec l'application de son procédé sont les suivants : il a traité 110 cas de schizophrénie avec une durée de maladie qui oscille entre les extrêmes d'une semaine pour le plus récent et de 10 ans pour le plus ancien. Il obtient la rémission dans 54 cas, soit sur un 49,09 %. Le résultat, suivant la durée de la maladie, se condense dans le tableau suivant :

DURÉE DE LA MALADIE	CAS TRAITÉS	EN RÉMISSION	SANS RÉMISSION
Moins de 1/2 année.....	36	33	
Entre 1/2 et 1 an	7	6	1
» 1 et 1 1/2 ans	7	3	4
» 1 1/2 et 2 ans	11	6	5
» 2 et 3 ans.....	12	3	9
» 3 et 5 ans.....	11	3	8
Plus de 5 ans	26	0	26
TOTAL	110	54	56

De ces renseignements il se dégage que les patients dont la maladie est récente, moins de six mois, guérissent dans la proportion de 91,66 %.

Si l'on considère les 50 cas dont la schizophrénie a une durée inférieure à 1 an 1/2, la guérison se produit dans le 84 % des cas. Si on considère enfin les 88 qui sont au-dessous de 5 ans, nous avons encore une proportion considérable de guérisons 64,28 %. Comme on voit dans le tableau, des 26 schizophrénies anciennes, avec plus de 5 ans, aucun ne guérit. Von Meduna divise l'état évolutif de la schizophrénie en trois périodes : 1° processus aigu ; 2° processus ; 3° post-processus. Selon cette nomenclature, le résultat thérapeutique se distribue sous la forme représentée dans le tableau que nous reproduisons ci-dessous :

ÉTAT DE LA MALADIE	CAS TRAITÉS	EN RÉMISSION	SANS RÉMISSION
Processus aigu.....	41	39	2
Processus.....	21	12	9
Post-processus.....	48	3	45
TOTAL	110	54	56

De telle sorte qu'en considérant les 62 cas qui correspondent aux deux premiers stades, processus aigu et processus, la rémission se produit chez 41 malades, soit dans le 82,25 % ; par contre, parmi les 48 cas déjà très avancés (post-processus) seulement 3 guérissent (6,25 %).

Pour von Meduna, sa méthode constitue non seulement un traitement plein de possibilité, mais encore un critérium de diagnostic : « Les patients dont la maladie guérit avec l'application du traitement doivent être considérés comme des cas de schizophrénie symptomatique. Les cas réfractaires correspondent à la schizophrénie endogène ». Cette interprétation nous paraît très difficile à soutenir.

En ce qui concerne les formes de la schizophrénie, les cas traités se répartissent de la façon suivante :

FORME DE SCHIZOPHRÉNIE	CAS TRAITÉS	EN RÉMISSION	SANS RÉMISSION
Simple.....	45	23	22
Paranoïde	33	18	15
Catatonique	23	7	16
Hébéphrénique	9	6	3
TOTAL	110	54	56

De ces proportions, von Meduna déduit que les effets de la thérapeutique par le cardiazol sont semblables dans les diverses formes de la maladie.

En ce qui concernerait le pronostic suivant, les effets des premières injections, von Meduna considère que la susceptibilité aux crises et la probabilité de rémission sont corrélatives. Plus la maladie est ancienne, plus fortes doivent être les doses pour produire les crises. Dès la 4^e ou la 5^e injection ordinairement le pronostic thérapeutique se précise : avec la dose de 0 gr. 50 de cardiazol le pronostic est favorable, avec 1 gr. il est défavorable. Le pronostic dépend en outre — comme il suit de l'exposé antérieur — de la période de la maladie, de sa durée, de la tare héréditaire, ainsi que de la déviation du tableau leucocytaire. Le rôle de la constitution physique est à l'étude. La forme de la rémission est variable : par étapes, progressive ou intermittente. A la différence de la rémission spontanée, celle provoquée par les crises se présente fréquemment avec une amnésie considérable. Cependant, au bout de quelque temps peuvent se multiplier les renseignements anamnésiques.

Outre l'expérience de l'initiateur de la méthode, on connaît les résultats obtenus avec le même traitement par Wahlmann et par

von Angyal et Gyárfás. Dans 21 cas Wahlmann obtient les résultats suivants ; sur 9 catatoniques, 4 guérissent et 5 ne sont pas influencés ; sur 3 paranoïdes, 1 guérit et 2 ne sont pas influencés ; sur 8 hétérophréniques, 3 s'améliorent au point d'être mis en liberté et 5 ne sont pas influencés. L'observation de l'auteur dure seulement 4 mois et il n'indique pas l'ancienneté de la schizophrénie de ses patients.

Von Angyal et Gyárfás ont traité 5 schizophréniques avec le résultat détaillé dans le tableau suivant :

DURÉE DE LA MALADIE	CAS TRAITÉS	RÉMISSION COMPLÈTE	RÉMISSION BONNE	RÉMISSION SOCIALE	NON INFLUENCÉS	MORTS
Jusqu'à 1/2 année (aigus).....	24	9	1	2	11	1
De 1/2 à 1 an (subaigus).....	3	1	1	1	0	0
Plus de 1 an (chroniques)....	11	1	0	2	8	0
Chroniques avec épisodes aigus	7	3	1	1	2	0
TOTAL	45	14	3	6	21	1

Contrairement à von Meduna, von Angyal et Gyárfás considèrent que le traitement par le cardiazol est particulièrement efficace dans les tableaux stuporeux et avec négativisme: sur 5 cas de maladies récentes dans cet état, chez 4 se produit la rémission complète et sur 3 stuporeux chroniques (avec plus de 3 ans de maladie) 2 ont une rémission complète et 1 une bonne rémission. Par contre, 5 cas récents de forme catatonique et paranoïde ne tirent aucun bénéfice, de l'épilepsie provoquée et, par contre, guérissent complètement avec le traitement de l'insuline.

Grâce à l'application de cette dernière méthode aux cas qui n'ont pas réagi à celle de von Meduna, la statistique des rémissions complètes et bonnes s'est améliorée de 44,4 au 66,7 %. La combinaison de ces deux méthodes sera certainement adoptée à l'avenir ; on appliquera la plus sévère là où ne réussit pas la plus simple. Pour ce qui est du décès qui figure parmi les cas traités par von Angyal et Gyárfás, l'autopsie a révélé comme cause une insuffisance aortique et de la « myodegeneratio cordis ».

III. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

Notre expérience, commencée en mars de cette année, s'étend jusqu'à ce jour (31 juillet 1937) à 17 cas de schizophrénie, dont 6 ont guéri complètement, les 11 autres se trouvant en traitement. Etant donnée la modestie de notre contribution, nous nous contenterons d'exposer d'une façon très condensée l'histoire des cas guéris et de résumer ce qui se rapporte aux autres ainsi que les observations qui nous suggèrent cette expérience. Les 16 malades masculins sont de notre service, à l'hôpital « Victor Larco-Herrera », l'unique femme fait partie de notre pratique privée.

CAS I. — F. N..., de 26 ans, de constitution athlétique, présentant de légers caractères eunochoïdes. La mère est « nerveuse » et selon les renseignements imprécis que l'on a pu obtenir au sujet de ses frères, il semble que les anomalies du caractère soient fréquentes ; les deux frères que nous connaissons sont franchement schizothymiques (renfermés, apathiques, timides, sans initiative et s'exprimant difficilement). La personnalité prémorbide du sujet semble avoir été normale, bien adaptée. On ne peut pas déterminer exactement le moment où la maladie de F. N... commence ; en juin 1936 approximativement se révèle le désordre par des manifestations d'introversion, d'apathie, de grande méfiance et des idées d'influence. Peu après, il a un désaccord grave et immotivé avec l'un de ses chefs. « Je croyais que ce chef s'occupait de moi avec des mauvaises intentions, me diffamant et répandant sur moi l'opinion la plus dénigrante — manifeste le sujet une fois guéri. — Je m'étais imaginé qu'il me croyait pédéraste et qu'il le répétait partout pour me créer une atmosphère défavorable parmi mes compagnons et les gens qui me connaissaient. » Après être demeuré quelques jours en état de lucidité alternant avec un système délirant de persécution, dans un hôpital général, il entre à l'hôpital de psychiatrie le 29 août 1936. En arrivant 6 jours après à notre service, l'examen physique ne révèle que de la paresse du réflexe pupillaire à la lumière. Psychiquement il présente du délire systématisé de persécution avec un noyau d'homosexualité projeté, des idées de référence, des intentions homicides pour se venger de ses détracteurs et une crise de labilité affective. Lentement progresse l'introversion, le malade devient aboulique, inerte, négativiste jusqu'à ce que le tableau clinique devienne catatonique : le sujet demeure muet, immobile, imperturbable, mais sans *flexibilitas cerea*. Dans ces conditions et après avoir essayé infructueusement plusieurs traitements (la pyrothérapie avec Pyrifer inclus) le 19 mars 1936, on lui applique la première injection de 0,40 gr. de Cardiazol, qui ne produit qu'une pâleur de la face et de la tachycardie ;

la deuxième, de 0,50 gr., ne produit pas non plus l'effet désiré ; la troisième, de 0,60 gr., déclenche une crise violente au bout de six secondes ; la quatrième, de 0,60 gr., est sans effet ; la cinquième, de 0,70 gr., provoque une crise ainsi que les trois suivantes. Alors à la cinquième crise, son état change presque brusquement : il parle, répondant avec précision aux questions qu'on lui pose, il s'exprime spontanément, demande à ce qu'on l'oriente au sujet de sa condition : « Où suis-je, pourquoi suis-je venu, que fais-je ici ? » demande-t-il. Il doute des renseignements qu'on lui donne et nous prend pour officier de police. Après la sixième crise (9^e injection), il se lève spontanément de son lit et nous manifeste avoir le corps endolori ; il dit avoir la grippe et demande à ce qu'on l'examine et lui administre des médicaments en supprimant les injections qui sont très désagréables. Après avoir subi 8 crises, il fait preuve de grande labilité affective, demande pardon, dans la crainte d'avoir offensé les médecins ; il supplie qu'on l'examine, car il craint d'avoir les reins malades, et il exprime d'autres idées hypochondriaques. La 10^e crise marque la disparition de tout symptôme, ses rapports sont excellents avec toutes les personnes ; il demande seulement qu'on cesse les injections parce qu'elles lui font du mal. Cependant, il nous est facile de le persuader que, malgré qu'elles soient pénibles, c'est à elles qu'il doit sa guérison et qu'il est nécessaire qu'il les tolère avec courage. Quatre jours après, il nous parle intensément de sa maladie, reconnaissant spontanément l'absurdité de ses idées morbides et le bienfait des injections pour l'application desquelles il se montre très reconnaissant. Au sujet de ses symptômes il dit : « Seul un fou peut penser et agir comme j'ai pensé et agi. » Malgré tout un de ses parents, observateur intelligent, trouve, après de longues conversations, deux petites lacunes amnésiques. Un mois après cela, le 14 mai, après avoir reçu 20 injections et subi 13 crises, il sort de l'hôpital en état de complète rémission. Les lacunes amnésiques ont disparu et son attitude est parfaitement normale. Le Dr J.-O. Trelles qui ordonna l'internement de F. N., a pu constater la rémission.

Résumé. — Jeune schizophrène de forme paranoïde avec un long épisode catatonique, interrompu avec la cure, maladie d'au moins 9 mois, rémission complète en 56 jours de traitement, 13 crises en 20 injections, total de cardiazol employé, 17 gr. 50 ; dose initiale efficace, 0 gr. 60 ; dose maxima finale, 1 gr. Poids : 68 kg. au commencement du traitement, 76 kg. à la fin.

Cas II. — M. A., de 34 ans, pycnique. Père « très nerveux », alcoolique ; 5 « nerveux » parmi les 12 frères. La personnalité prémorbide du patient est celle d'un sujet peu communicatif, impressionnable, amoindri, timide. A 18 ans, à la suite du tirage au sort pour

le service militaire, il a une crise ; il se croit poursuivi et se cache durant plusieurs semaines ; ensuite, durant quelques mois, il demeure abattu. La psychose actuelle débute en novembre 1936 : après avoir souffert d'une grippe intense et avoir perdu tout son argent dans une mauvaise affaire, il devient triste, inquiet, sans assurance ; enfin, il s'enferme dans sa chambre et refuse de prendre des aliments, car il les croit empoisonnés. Un jour, il sort épouvanté, en poussant des cris : « Je suis électrisé. » Il entre à l'hôpital le 4 janvier 1937. Il y demeure la plupart du temps agité, extrêmement angoissé, avec des hallucinations (auditives, verbales et cœnesthésiques) et du négativisme. En passant à notre service, un mois après, il se montre inabordable, maniéré, avec stéréotypies multiples, attitudes catatoniques, refus d'aliments et de toute pratique d'hygiène et de sociabilité, soliloque. Le 24 mars 1937, on lui fait la première injection de Cardiazol, 0,40 gr., qui est sans effet, comme les deux suivantes, sauf la production d'une forte excitation. La 4^e injection, de 0,70 gr., produit une crise. Les deux suivantes ne réussissent pas. La 7^e, qui produit la 3^e crise, détermine un changement brusque ; l'introversion s'atténue grandement ; le patient devient accessible. Avec les injections suivantes, de 1 gr., toutes suivies de crise, l'amélioration continue à s'accroître. La 14^e injection, 9^e crise, trouve le malade en si bon état que le sujet fait la critique des symptômes disparus. Le 26 avril, il reçoit la 16^e injection. Au total 11 crises. Depuis lors, jusqu'à ce jour, son état est parfaitement normal. Les membres de sa famille, avec lesquels il vit et travaille, depuis plus de deux mois, estiment que non seulement il a guéri, mais encore son caractère a changé favorablement.

Résumé. — Catatonique, avec plus de 4 mois de maladie, rémission complète après 33 jours de traitement, 16 injections, 11 crises, 13 gr. 90 de cardiazol ; dose initiale efficace, 0 gr. 70 ; dose maxima finale, 1 gr. *Poids* : avant le traitement, 53 kg., après, 56 kg.

CAS III. — E. O., de 40 ans, de constitution normotypique, avec des cas schizophréniques dans sa famille maternelle, y compris un oncle ; d'un caractère anormal, incontinent et impulsif, au point même de se rendre coupable d'une tentative de meurtre à l'âge de 31 ans. En 1934, il est atteint du délire de persécution bien défini, commencé après s'être livré à des excès alcooliques et la rémission s'est produite spontanément, dix mois après. En janvier de l'année en cours, s'initie la psychose sans nulle cause apparente et après une période de quelques mois, pendant laquelle il ne s'était produit chez lui qu'un changement de caractère : il est devenu violent avec sa femme et ses employés. Les premiers symptômes de la maladie sont des idées délirantes d'influence et de persécution, des hallucinations auditives

et verbales, une tentative insensée de suicide : « il s'ouvrit les veines du bras, parce qu'on ne voulait pas lui donner une arme pour se défendre contre la chiourme qui le poursuivait ». Ensuite il présente de l'écho de la pensée et parle d'un « appareil pour le suggestionner » avec les hallucinations cœnesthésiques et auditives qui s'en suivent. Il entend des paroles désagréables que lui adresse un poste de radio, qui en même temps révèle au public ses pensées les plus secrètes ; les gens de Lima dont il a dit du mal, se servent du dit poste pour lui faire subir des sensations corporelles mortifiantes. Se trouvant dans ces conditions, il entre dans notre service le 13 mars 1937. Le 7 avril on lui applique la première injection de Cardiazol 0,40 gr. qui provoque une crise, ainsi que les 8 suivantes, qui sont appliquées tous les 2 jours. Avec la 7^e injection, il commence à douter de la réalité des voix et du poste de radio qu'il a entendus. La conviction délirante disparaît complètement après la 9^e injection. Il part en congé pour quelques jours chez sa mère, qui le retient le croyant guéri. Dix jours après il nous rend visite et nous annonce qu'il entend de nouveau le poste de radio comme s'il existait véritablement. Il s'agit d'une vraie rechute, on lui applique deux injections de plus qui produisent une crise. Venant à manquer de Cardiazol à Lima, on interrompt le traitement pendant environ un mois du 14 mai au 10 juin. Quoique l'état mental soit meilleur, les idées délirantes accompagnées d'hallucinations n'ont pas disparu. On reprend les injections à la date indiquée. A la 13^e crise survenue après 3 injections sans résultat, la critique du sujet se raffermît et il ne croit plus au poste de radio, mais il lui semble que les gens dont il ne peut percevoir les paroles, parlent toujours de lui. A partir de la 16^e crise (25 juin), la rémission est manifeste. Après environ un mois d'observation et d'épreuves de toute sorte, nous décidons de le laisser libre non sans avoir provoqué 3 crises de plus pour renforcer la guérison. Celles-ci ont lieu du 22 au 28 juillet.

Résumé. — Schizophrénie paranoïde, probablement seconde crise, d'une durée de trois mois, rémission apparente après 48 jours de traitement, rechute à l'interruption de celui-ci ; rémission complète à la reprise des injections ; depuis 48 jours, 21 injections avec 18 crises, 17 gr. 40 de cardiazol au total ; dose initiale efficace, 0 gr. 40 ; dose finale maxima, 1 gr. Poids : avant le traitement, 71 kg., après, 73 kg.

CAS IV. — M. S..., de 34 ans, constitution leptosomique, antécédents héréditaires incertains, caractère normal, très indiscipliné et impulsif. En 1930, les traits dominants de son caractère s'accroissent : plusieurs fois il fait des tentatives d'agression contre diverses personnes et principalement contre son père, il détruit les objets, devient

insociable, et manifeste des idées de surestimation et même des idées délirantes d'influence. Ensuite, avec des alternatives, on observe une conduite irrégulière, il change avec fréquence d'occupation, reste la plupart du temps sans travailler, il tombe dans un niveau social inférieur en fréquentant la pègre. Vers la fin de 1936 s'accroît notablement les troubles mentaux, il souffre d'insomnie et devient extrêmement méfiant et inquiet, il craint qu'on lui fasse du mal, croit que les femmes lui font la cour, il se livre à des pratiques homosexuelles. Il présente des troubles de l'affectivité, en repoussant tous ses proches, il tente de tuer l'une de ses filles. Dans ces conditions il entre à l'hôpital le 17 mars 1937. Cinq jours après, dans notre service, il est isolé, introverti, aboulé, avec un œil toujours fermé parce qu'il était atteint de strabisme, parle à peine, essaye de cacher ses idées morbides, tente de fuir plusieurs fois. Le 8 mai on lui applique la première injection de Cardiazol, sans aucun résultat ; le lendemain, avec 0,50 gr. se produit la crise ; la 3^e injection est inefficace ; la 4^e de 0,60 gr. provoque une crise ; la 5^e n'en provoque pas. De la 6^e à la 15^e les injections sont suivies de crises sauf la 14^e. A partir de la 2^e crise l'amélioration commence, il ouvre l'œil et sa conduite devient de plus en plus normale. A partir de la 7^e crise (5 juin), sa normalité est parfaite : il parle librement de sa maladie passée et du processus de la guérison, il reconnaît ses erreurs et ses aberrations. Depuis lors il sort seul dans la rue et se conduit très correctement, « comme lorsqu'il était le mieux » — suivant la déclaration de son père, que confirme sa femme, d'autre part.

Résumé. — Schizophrénie qui évolue lentement pendant 6 ans, comme une *dementia præcox simplex*, avec de courts épisodes aigus jusqu'en décembre 1936, moment où a lieu un épisode marqué, où dominent les symptômes paranoïdes. Rémission complète après la 7^e crise, il y a environ deux mois. Le traitement a duré 41 jours ; 15 injections suivies de 11 crises ; quantité totale de cardiazol, 9 gr. 70 ; dose initiale efficace, 0 gr. 50 ; dose finale maximum, 0 gr. 80. Poids : avant le traitement, 56 kg., après le traitement, 64 kg.

Cas V. — E. N., de 47 ans, pycnique, antécédents héréditaires et personnels peu précis, sauf sa brillante carrière professionnelle. La psychose semble commencer et prend des proportions alarmantes à partir d'octobre 1936. Depuis lors, il se lance dans une propagande effrénée en faveur du spiritisme. Il se sent guidé par les esprits. Un matin il se lève de son lit pour démolir le piano de sa maison en vue d'en extraire « une quantité d'or qu'il contient ». Plus tard, il écrit des articles et fait des démarches auprès des services de l'Etat pour mettre à la disposition de celui-ci ses facultés surnaturelles « d'hyp-

notiseur (véritable), radiesthésiste, devin », qui lui permettent de déterminer les phénomènes géologiques, découvrir des restes archéologiques et des trésors cachés, de prévoir des accidents sismiques. Lorsque quelqu'un tâche de réfréner ses démarches il devient méfiant et porté à des interprétations invraisemblables ; enfin il se développe chez lui des idées de persécution, son affectivité change, il fait preuve d'introversion et se met à monologuer. En entrant dans notre service, le 27 avril 1937, son système délirant est immuable : « Je suis l'inventeur de ce système hautement scientifique, déclare-t-il ; l'envie qu'ils ont pour moi les rend aveugles et c'est pour cela qu'ils veulent m'éliminer ». Il est parfaitement lucide, mais son orientation dans le temps est défectueuse. Ses réactions affectives sont violentes ; à la moindre contradiction il s'excite, convoque des témoins et menace d'entamer des procès, ainsi que de se venger terriblement. Le traitement commence le 9 avril, avec une injection de 0,40 gr. de Cardiazol, qui produit une crise, ainsi que les 4 suivantes ; la 6^e injection est inefficace. Et c'est tout le traitement qui se termine le 24 mai. Son amélioration a été notable à partir de la 2^e crise. A partir de la 4^e il s'est montré en possession de toute sa raison et de son sens critique à l'égard de ses erreurs de logique. Il reconnaît les bienfaits des injections, mais se plaint beaucoup des douleurs et des malaises qu'elles lui causent. Il devient tellement humble et plein de déférence envers nous, qu'il nous a été très pénible de le forcer à se faire appliquer 2 injections de plus. Son état de normalité se maintient depuis lors. Le Dr J.-O. Trelles qui rédigea les certificats d'internement, a pu constater la transformation radicale, qui s'est opérée chez le malade.

Résumé. — Cas de démence précoce de forme paranoïde chez un sujet de 47 ans, qui évolue manifestement en 7 mois et présente une rémission complète, depuis plus de 2 mois, avec un traitement d'une durée de 16 jours, comprenant 6 injections et 5 crises, une dose totale de cardiazol de 2 gr. 90 ; la dose initiale et efficace est de 0 gr. 40 ; la dose finale maximum est de 0 gr. 50. *Poids* : avant le traitement, 66 kg., après, 64 kg.

Cas VI. — A. A..., de 29 ans, pycnique, fils d'un mariage consanguin. Parmi ses 9 frères et sœurs, il y a deux femmes schizophréniques (l'une chronique, l'autre en rémission), presque tous les autres ont un caractère anormal. Le patient, de caractère irritable, a eu, en 1928, la première manifestation de schizophrénie. Il fut interné dans un sanatorium en France, où se trouvait alors sa famille, afin de traiter l'une des schizophréniques. La maladie dura plus de deux ans. Au retour de la famille au Pérou, A. A... fut interné dans notre service le 3 mai 1930. Il en sortit en état de rémission le 18 octobre 1930. Le début de la maladie actuelle est insidieux, mais en mars de cette

année, il s'accuse par des caractères très marqués : abandon du travail, affaires insensées, excès alcooliques, tentatives d'homicide. En entrant dans notre service, le 1^{er} mai 1937, le tableau morbide présente la prédominance d'un système délirant avec des idées d'influence à distance aussi bien dans le temps que dans l'espace ; une statue, qui est à la fois l'esprit de plusieurs de ses ancêtres et de plusieurs héros nationaux, lui donne incessamment des ordres que tantôt il entend, tantôt lui sont introduits directement dans le cerveau. Il a de plus une série d'hallucinations cœnesthésiques en rapport avec les influences qui procèdent de la statue. Il est convaincu de sa mission et de la réalité de la vie actuelle des morts, qu'il croit parfois personnifier lui-même. Dans cet état on commence le traitement par les crises convulsives. La première crise suit la 2^e injection, le 4 juin. On lui applique 18 injections sans effet constant jusqu'au 14 juillet (11 crises). Avec 8 crises le retour à la normalité est complet. Par précaution, on provoque les 3 crises supplémentaires indiquées par von Meduna. Depuis près d'un mois il sort fréquemment et son état ne laisse absolument rien à désirer. Il parle très librement et avec bon sens au sujet des symptômes de sa maladie.

Résumé. — Schizophrénie paranoïde, avec un second épisode, 6 ans après la rémission du premier. Après une évolution de trois mois, la maladie actuelle entre en rémission complète il y a un mois environ. Le traitement a duré 41 jours, avec 18 injections de cardiazol (total : 12 gr. 70) et 11 crises. Dose initiale efficace, 0 gr. 50. Dose maximum finale, 1 gr. Poids : avant le traitement, 70 kg., après, 74 kg.

Cas en traitement. — Parmi les 11 cas qui se trouvent en traitement, on a constaté des modifications favorables à des degrés divers dans 10 cas ; rémission incomplète dans 4 cas, amélioration prononcée dans 2 cas, amélioration inconstante dans 4 cas. Le 11^e cas n'a subi aucune influence. Dans quelques cas chroniques, on a constaté des changements momentanés excellents, même à partir de la première crise. Ainsi, nous avons observé deux malades de longue date, continuellement agités, privés de sommeil, destructeurs et agressifs, qui se sont calmés tout à fait et ont pu dormir dès les premières injections.

CARACTÉRISTIQUES DES CHANGEMENTS PRODUITS PAR L'INJECTION DE CARDIAZOL

Avec la collaboration de notre auxiliaire zélé, M. Andrés Carrillo Broatch, nous sommes arrivés à mettre au point les renseignements suivants, recueillis parmi nos patients et ceux du ser-

vice des femmes où, comme nous l'avions suggéré, le D^r Krumdieck applique la méthode de von Meduna. Entre la 5^e et la 14^e seconde qui suit l'injection intraveineuse, on observe un clignotement insidieux qui est violemment substitué par une myoclonie faciale, et une ptose palpébrale (on a observé un léger nystagmus dans 2 des 17 cas traités) et immédiatement après, dans un laps de temps qui varie entre 3 et 6 secondes, qui suivent le déclenchement des myoclonies faciales, se présentent, avec une violence inusitée, des convulsions franchement cloniques, superficielles et hypotoniques, dont l'apparition est asymétrique, autant dans les régions scapulaire, dorsale, costale et pectorale, que dans les extrémités supérieures, qui sont les premières atteintes. Dans cette phase, il peut se produire des cris étouffés, surtout chez la femme. Huit secondes après le déclenchement du clignotement d'yeux (nous prenons la moyenne proportionnelle du temps), les globes oculaires dévient d'une façon conjuguée et paresseuse, presque toujours vers le haut et à droite, l'iris se cachant, la bouche s'ouvre démesurément (quelquefois il y a une discrète exophtalmie et projection du maxillaire inférieur), la langue s'immobilise, grossit et devient cyanotique ; l'extension des extrémités est au maximum, il y a une légère flexion lombaire avec tension de l'abdomen et contraction des muscles pectoraux, dorsaux et dentelés : c'est l'instant où se produit le trismus maxillaire ; l'insertion des muscles frontaux dans le cuir chevelu se délimite avec une couleur blanche mate, la déviation oculaire atteint son maximum et le strabisme prend la forme « surconvergente » ; la pupille change brusquement ; de myosique qu'elle était, elle devient fortement midriasique ; le pubis s'élève discrètement, en offrant une forte rétraction comme si on opérait une succion à travers le canal inguinal ; en même temps que le crémaster élève les testicules, se produit la réduction des organes génitaux externes, par une contraction accentuée qui provoque de plus l'endurcissement et une congestion rouge grisâtre limitée à cette région ; quelquefois, on observe la position en opisthotonos ; il est fréquent de voir les extrémités inférieures fortement étendues : le pied formant un angle obtus avec le jambe par rétraction des jumeaux et du tendon d'Achille, les orteils étant en forme de griffe ; dans les extrémités supérieures, le métacarpe forme un angle droit avec l'avant-bras, fléchit, et les doigts ont leur première phalange assez fléchie et la seconde légèrement, la troisième se trouvant complètement étendue. Communément, se présente au cours de cette phase une congestion de la face, de la région hyoïdienne et pectorale, — très rarement

s'observe la pâleur. Chez la femme, il faut ajouter la turgescence des seins. L'apnée et la vaso-constriction qui donne à la face, fortement contractée, une couleur rouge grisâtre, complètent le tableau de cette phase, qui dure de 18 à 30 secondes. C'est au cours de cette phase que quelquefois se présentent un crépitement articulaire, une éjaculation paresseuse chez l'homme et une sécrétion vaginale chez la femme.

Ensuite apparaît la phase clonique, qui commence à l'insertion des muscles, contrairement à la phase clonique fugace, qui suit la myoclonie faciale, qui est superficielle, c'est-à-dire qu'elle s'étend à la masse musculaire (phénomène qui est postérieur dans cette seconde phase). Au cours de cette période, les manifestations vaso-motrices sont extrêmes, sur la face qui, de fortement congestionnée, devient presque toujours cyanotique, surtout dans la région orbiculaire des lèvres et des paupières. C'est la phase au cours de laquelle se produit un changement notable, quoique graduel, dans la position du patient : les bras fléchissent légèrement à mesure que se répandent les convulsions, les jambes qui étaient légèrement suspendues par suite de la rigidité et de la flexion pelvienne se mettent au niveau du corps en même temps que le patient qui se trouvait en position oblique prend le décubitus quasi-dorsal ; dans cette période, qui dure de 30 à 45 secondes, il se produit dans quelques cas une évacuation d'urine et une expulsion de gaz par le rectum (une fois seulement nous avons constaté l'expulsion de matière fécale), de même il se produit de la sialorrhée visqueuse et de l'hyperhydrose, cette dernière s'intensifiant après la crise. Durant la phase décrite, il faut avoir grand soin de maintenir le tampon que l'on place dans la bouche pour éviter des morsures, car habituellement des mouvements convulsifs du maxillaire inférieur ont lieu, qui rejettent le tampon et comme, dans ces conditions, la langue prend part à ces mouvements, il est dangereux de négliger la surveillance de ce secteur. On ne doit pas non plus mettre le tampon sous les incisives parce que le trismus est si puissant que, comme le cas s'est déjà présenté, il peut se produire des fractures de dents, ou bien la pression des dents, disposées d'une façon défectueuse, blesse les gencives. C'est pour cela qu'il faut préférer la région molaire pour l'application du tampon. Quand la crise cesse, les convulsions cloniques ne s'éloignent pas simultanément, ni ne demeurent au rythme initial ; quelquefois on observe, après la fin apparente de la crise, de nouvelles myoclonies, qui dégénèrent en petites crises purement cloniques, ces convulsions sont asymétriques et ont lieu aux extrémités des

muscles. A ce moment-là, il faut s'occuper de la respiration du patient, quelquefois celle-ci disparaît ; alors, pendant qu'on a recours à l'injection de lobéline, ou d'adrénaline, on doit exercer une pression intermittente du ventre, l'extension des bras et la traction de la langue, qui donnent d'excellents résultats, évitant même l'usage des agents mentionnés. Nous avons omis le fait que les myoclonics qui dégénèrent en petites crises commencent dans la région hyoïdienne, fréquemment avec une prédominance simultanée des sterno-cléido-mastoïdiens et des scalènes, qui agissent asymétriquement en provoquant la traction arythmique et collatérale de la tête, enveloppant les oculaires et les autres muscles de la figure. On a observé aussi l'apparition brusque de cet incident final. La crise une fois terminée (elle dure en moyenne 58 secondes), le relâchement musculaire apparaît de 60 à 90 secondes après ; la diaphorèse est profuse, la respiration entrecoupée et sous forme de râle, le pouls est faible et accéléré (très souvent plus de 140 pulsations rythmiques ou arythmiques et hypotendues) ; les paupières sont fermées, la déviation des globes oculaires permet à peine de voir la pupille, la face devient de plus en plus pâle, le patient s'agite, quelquefois il dort profondément de 2 à 6 minutes, et il se réveille presque toujours terrifié, regarde ébahi, exophtalmique, et essaie de se redresser ; sa lassitude générale est extrême. Une toux trachéale est très fréquente ; elle peut être due à l'aspiration de salive quand la respiration adopte la forme du râle. Plusieurs fois on a observé une vaso-dilatation de la conjonctive oculaire.

Les réflexes qui ne font presque jamais défaut, immédiatement après la crise, sont ceux de Babinski, Westphal et Rossolimo ; il y a une abolition transitoire des réflexes crémastériens, abdominaux, radiaux, cubital, bicipital et tricipital ; celui de Mendel-Bechterew et le stylo-radial sont légèrement exaltés ; la rigidité pupillaire, immédiatement après la crise, est la règle, quoique quelquefois il y a une réaction paresseuse à la lumière ; le cas d'une réaction paradoxale à la lumière aussi s'est présenté : la pupille se trouvant en état de léger myosis réagit par une violente mydriase aux stimulants lumineux ; un phénomène analogue s'observe dans le réflexe consensuel. C'est seulement au cours des trois premières crises que se présentent nettement les réflexes de Schæfer, Chaddeck, pincement dorsal et Oppenheim ; tandis que le réflexe du tendon d'Achille est diminué, le poplitéen est augmenté, mais ces deux derniers signes ne sont pas constants ; ce n'est que chez deux patients que nous avons observé d'une façon irrégulière le réflexe de Gordon.

Au point de vue psychologique, la perte de conscience est totale dans tous les cas et ne manque jamais pendant la crise ; le patient se trouve dans un état crépusculaire, durant un laps de temps de 2 à 4 minutes et parfois davantage, avec les diverses modalités du mal comitial ; le défaut d'attention et l'amnésie antéro-rétrograde sont typiques. Nous avons observé un cas où un tableau hallucinosique, à contenu terrifiant, a succédé à l'état crépusculaire ; de même, nous avons constaté, chez trois patients, que le trismus maxillaire ne s'est pas produit ; chez l'un d'eux, il s'est produit d'une façon sporadique. Un autre fait à signaler est que dans quelques cas le trismus se prolonge durant quelques minutes après la cessation de la crise ; quand on essaie de retirer le tampon, le patient le retient d'habitude en le suçant d'une façon prolongée. Quand on arrive à le retirer, le patient cherche à sucer quelque chose et quelquefois finit par sucer son doigt. A la suite du premier sommeil, qui est court, il se présente parfois un sommeil profond et de longue durée ; quand le sujet se réveille, même après avoir dormi pendant plus d'une demi-heure, il présente une désorientation partielle allopsychique et chronologique, ainsi qu'une amnésie antéro-rétrograde.

La plupart des patients ne peuvent pas expliquer ce qu'ils ressentent durant la crise, quand ils veulent s'expliquer à l'aide d'exemples, ils disent : « C'est un état de sommeil artificiel indescriptiblement désespérant ; une sensation de vol vertigineux dans une atmosphère bleue qui vous emprisonne ; une privation qui frappe le cerveau et remue jusqu'au dernier nerf ; c'est quelque chose de si étrange et difficile à décrire, quelque chose que je n'ai jamais senti, des sensations tout à fait nouvelles qui doivent être celles de la mort. » Quand il ne se produit pas de crise avec les premières injections, les patients ressentent habituellement une sensation d'étouffement, des vertiges et des palpitations angoissées ; tous ferment les yeux et disent se sentir très mal ; quelques-uns comparent leur état à celui de « l'asphyxie par l'éther ». Au cas où la crise n'a pas lieu avec de fortes doses, la sensation est désespérante : les malades se contorsionnent avec angoisse, quelques-uns poussent des cris désespérés et exaspérés ; l'agitation est extrême et pénible ; le nombre des mouvements respiratoires augmente considérablement : on peut compter 35 respirations avec 150 pulsations hypertendues ; la pâleur ne manque pas.

CONCLUSIONS

Le traitement de la schizophrénie au moyen de la production de crises convulsives à l'aide de fortes doses de cardiazol est d'une technique simple et ne comporte pas de dangers pour les patients au cœur sain et en dehors des maladies fébriles. Il détermine la rémission complète dans presque tous les cas récents et une grande amélioration chez les malades chroniques. Il est applicable dans la pratique privée. Son seul inconvénient est que, comme il produit des sensations très pénibles, les patients, ordinairement, résistent à l'application des injections.

BIBLIOGRAPHIE

- LADISLAUS VON MEDUNA. — « Versuche über die biologische Beeinflussung des Ablaufs der Schizophrenie », *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1935, t. 152, n° 2.
- « Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie », *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1935, n° 27.
- « Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie », Halle, a. S., 1937.
- A. WAHLMANN — « Vorläufige Mitteilung ueber Konvulsionstherapie der Psychosen », *Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift*, 1936, n° 7.
- L. V. ANGYAL und K. GYARFAS. — « Über die Cardiazol-Krampfbehandlung der Schizophrenie », *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1936, t. 106, n° 1.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*fondée le 27 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867*

LISTE

des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers
de la Société Médico-psychologique (1852-1939)

Présidents (1)

1852-1853	MM. FERRUS.	1877	MM. BILLOD.
1853-1854	GERDY.	1878	BAILLARGER.
1854-1855	BUGHEZ.	1879	PROSPER LUCAS.
1855-1856	PARCHAPPE.	1880	LEGRAND DU SAULLE.
1856-1857	PEISSE.	1881	LUYS.
1857-1858	BAILLARGER.	1882	DALLY.
1858-1859	CERISE.	1883	MOTET.
1859-1860	TRÉLAT.	1884	A. FOVILLE.
1861	BRIERRE DE BOISMONT.	1885	H. DAGONET.
1862	Adolphe GARNIER.	1886	ARMAND SEMELAIGNE.
1863	DELASIAUVE.	1887	MAGNAN.
1864	J.-J. MOREAU DE TOURS.	1888	COTARD.
1865	GIRARD DE CAILLEUX.	1889	Jules FALRET.
1866	Félix VOISIN.	1890	BALL.
1867	Paul JANET.	1891	BOUCHEREAU.
1868	BROCHIN.	1892	Théophile ROUSSEL.
1869	CONSTANS.	1893	CHRISTIAN.
1870-1871	LASÈGUE.	1894	Auguste VOISIN.
1872	Jules FALRET.	1895	Paul MOREAU DE TOURS.
1873	LUNIER.	1896	Eugène CHARPENTIER.
1874	LOISEAU.	1897	Paul GARNIER.
1875	BLANCHE.	1898	MEURIOT.
1876	DUMESNIL.	1899	Jules VOISIN.

(1) Fondée le 27 avril 1852, la Société Médico-Psychologique fut présidée d'abord par Ferrus et, jusqu'en 1860, choisit en juillet son président annuel. A partir de 1860, le président fut élu à la séance de décembre pour entrer en fonctions au mois de janvier.

1900	MM. MAGNAN.	1921	MM. PACTET.
1901	JOFFROY.	1922	TOULOUSE.
1902	MOTET.	1923	ANTHEAUME.
1903	Gilbert BALLET.	1924	TRUELLE.
1904	BRUNET.	1925	ROUBINOVITCH.
1905	VALLON.	1926	SOLLIER.
1906	BRIAND.	1927	LEGRAIN.
1907	DENY.	1928	Raoul LEROY.
1908	SÉGLAS.	1929	Pierre JANET.
1909	LEGRAS.	1930	CAPGRAS.
1910	ARNAUD.	1931	Henri CLAUDE.
1911	SÉRIEUX.	1932	MARCHAND.
1912	KLIFFEL.	1933	Georges DUMAS.
1913	René SEMELAIGNE.	1934	MIGNOT.
1914-1916	VIGOUROUX.	1935	Th. SIMON.
1917	CHASLIN.	1936	VURPAS.
1918	Henri COLIN.	1937	René CHARPENTIER.
1919	DUPAIN.	1938	FILLASSIER.
1920	TRÉNEL.		

Secrétaires généraux

1852-1856	MM. DECHAMBRE.	1873-1881	MM. MOTET.
1856-1858	CERISE.	1882-1920	RITTI.
1858-1859	BRIERRE DE BOISMONT	1920-1930	Henri COLIN.
1859-1861	ARCHAMBAULT.	1930-1935	René CHARPENTIER.
1862-1866	BROCHIN.	1936-1938	COURBON.
1867-1873	LOISEAU.		

Trésoriers-Archivistes

1852-1855	MM. MICHÉA.	1903-1908	MM. ANTHEAUME.
1855-1861	BROCHIN.	1908-1920	PACTET.
1862-1871	LEGRAND DU SAULLE.	1921-1931	R. MALLET.
1872-1892	Auguste VOISIN.	1931-1936	Mme THUILLIER-LANDRY.
1893-1897	Jules VOISIN.	1937-1938	M. G. COLLET.
1898-1902	BRUNET.		

BUREAU POUR 1938

Président : M. FILLASSIER.

Vice-Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE.

Secrétaire général : M. Paul COURBON.

Trésorier-Archiviste : M. Georges COLLET.

Secrétaires des séances : MM. Paul ABÉLY et CARRETTE.

LISTE DES MEMBRES établie le 25 janvier 1938 (1)

Membres titulaires honoraires (20)

Membres titulaires
depuis :

1884. MM. SÉGLAS.
1888. DUPAIN.
— LEGRAIN.
1893. KLIPPEL.
— PACTET.
— SÉRIEUX.
1895. PIETTE JANET.
— ROUBINOVITCH.
1899. NAGEOTTE.
1905. LWOFF.

Membres titulaires
depuis :

1909. MM. LEROY.
1910. ROGUES DE FURSAC.
— TRUELLE.
— PIÉRON.
1927. CALMELS.
1930. PAUL CANUS.
— GUILLAIN.
— PIERRE MARIE.
— HENRY MEIGE.
— ANDRÉ THOMAS.

Membres titulaires (100)

Membres titulaires
depuis :

1896. MM. TOULOUSE.
1911. CAPGRAS.
— MARCHAND.
— VURPAS.
— MIGNOT.
— RENÉ CHARPENTIER.

Membres titulaires
depuis :

1913. MM. FILLASSIER.
— LAIGNEL-LAVASTINE.
1919. Ach. DELMAS.
— DEVAUX.
— DUPOUY.
1920. BARBÉ.

(1) La Société réunit actuellement 449 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire*, *membre correspondant national* ou *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

Membres titulaires
depuis :

1920. MM. REVAULT d'ALLONNES.
— MEURIOT.
— SIMON.
1922. Henri CLAUDE.
1923. Georges DUMAS.
— BUSSARD.
— RODIET.
1924. LHERMITTE.
— GUIRAUD.
1926. COURBON.
— LOGRE.
1927. PETIT.
— D. SANTENOISE.
— H. BEAUDOUIN.
— MINKOWSKI.
1930. DENAY.
— HEUYER.
— Xavier ABÉLY.
— A. BAUDOUIN.
— FRIBOURG-BLANC.
— GENIL-PERRIN.
— LÉVY-VALENSI.
— MAILLARD.
— SENGÈS.
— TINEL.
— WALLON.
1931. Paul ABÉLY.
— CEILLIER.
— VINCHON.
— CODET.
— H. BARUK.
— A. BOREL.
— BUVAT.
— COLLET.
— HARTENBERG.
— Mme THUILLIER-LANDRY.
— MM. TARGOWLA.
— PÉRON.
— BONHOMME.
— GOURIOU.
— ABADIE.
— AMELINE.
— AUBRY.
— J. BARUK.

Membres titulaires
depuis :

1931. MM. Ch. BLONDEL.
— P. COMBEMALE.
— DANJEAN.
— DESRUELLES.
— DIDE.
— EUZIÈRE.
— GUICHARD.
— HALBERSTADT.
— J. HAMEL.
— HESNARD.
— LAGRIFFE.
— LAUZIER.
— J. LÉPINE.
— NATRAC.
— M. OLIVIER.
— PASTUREL.
— POROT.
— RAVIART.
— RAYNEAU.
— ROBERT.
— R. ROUGEAN.
— Ach. SANTENOISE.
— VIEUX.
— WAHL.
— BOURGUIGNON.
— VIGNAUD.
— LARGEAU.
1932. CÉNAC.
1933. CARRETTE.
1934. BRISSOT.
— LERAT.
1935. ALAJOUANINE.
— CROUZON.
— PORC'HER.
— BAUER.
— Mme MINKOWSKA.
1936. MM. R. D. ANGLADE.
1937. PONMÉ.
— BROUSSEAU.
— MARTINOT.
— ALLANAGNY.
— J. VIÉ.
— VILLEY-DESMESERETS.
1938. PFERSDORFF.

Membres Correspondants Nationaux (134)

Membres correspondants
depuis :

1888. MM. LEMOINE.
 1899. BRETON.
 1902. COLOLIAN.
 1903. CHÉNAIS.
 1904. VERNET.
 — A. RICHE.
 1905. V. PARANT.
 — PERPÈRE.
 1912. BEAUSSART.
 — OSSIP-LOURIÉ.
 1913. ALBÈS.
 — VOIVENEL.
 1918. GILLES.
 — J. COURJON.
 1919. BOUDON.
 — BENON.
 1920. RENAUX.
 — VIAN.
 1921. MOLIN de TEYSSIEU.
 1922. EISSEN.
 — QUERCY.
 1923. Ch. REBOUL-LACHAUX.
 — POTEL.
 1924. PRINCE.
 1925. G. PAUL-BONCOUR.
 — GILBERT ROBIN.
 1928. MONTASSUT.
 1930. CORNÉLIUS.
 — DELAVILLE.
 — GALLAIS.
 — LAHY.
 — SCHAEFFER.
 — SCHIFF.
 1931. BARRÉ.
 — CHARTIER.
 — DADAY.
 — DUMOLARD.
 — GONNET.
 — HYVERT.
 — JUDE.
 — MACÉ DE LÉPINAY.
 — MARTIN-SISTERON.
 — MEIGNANT.
 — FRANTZ ADAM.
 — PAUL DELMAS.
 — LAMACHE.

Membres correspondants
depuis :

1931. MM. GRINBERT.
 — CALMETTES.
 — DELMAS-MARSALET.
 — LABUCHELLE.
 — ERNST.
 — PERRUSSEL.
 — ARTUR.
 — PAUL COSSA.
 — LARRIVÉ.
 — FROMENTY.
 1932. MESTRALLET.
 — P. LASSALLE.
 — MORAT.
 — OMBRÉDANE.
 — TRIVAS.
 — H. ROGER.
 — P. MASQUIN.
 — BURCKARD.
 — HENRI EY.
 — LE GUILLANT.
 — PICARD.
 — RONDEPIERRE.
 1933. CUEL.
 — PICHARD.
 — VIGNERON d'HEUCQUEVILLE.
 — DUBLINEAU.
 — DAUSSY.
 — POTET.
 1934. CORMAN.
 — LE GRAND.
 — DONNADIEU.
 — LÔO.
 — CARON.
 — LÉCULIER.
 — MARESCAL.
 — LACAN.
 — Mme VOLKINGER.
 — MM. DECHAUNE.
 — GAUTHIER.
 1934. BARGUES.
 — EMILE ADAM.
 — FREY.
 — SCHÜTZENBERGER.
 — Mlle CULLERRE.
 1935. MM. LAGACHE.
 — GOT.

Membres correspondants
depuis :

1935. MM. DURAND-SALADIN.
 — J. LASSALE.
 — CHRISTY.
 — DUPYTOUT.
 — TRILLOT.
 — LE SAVOUREUX.
 — Rémi COURJON.
 — LECLERCQ.
 — TOYE.
 — SIVADON.
 — ROUART.
 — J. BOREL.
 — LEULIER.
 — CASALIS.
 — Mlle DEROMBIES.
 — M. RUBENOVITCH.
 1936. Mmc MASSON.
 — Mlle DESCHAMPS.
 — MM. MANS.
 — TUSQUES.
 — AUBIN.

Membres correspondants
depuis :

1936. MM. CRÉMIEUX.
 — VULLIEN.
 — FEUILLADE.
 — TEULIÉ.
 1937. MALE.
 — POTTIER.
 — BRIAU.
 — Mme COLLET.
 — MM. CHATAGNON.
 — GARDIEN.
 — PIERSON.
 — PUECH.
 — L. ANGLADE.
 — DAUMÉZON.
 — Mme CROZET.
 — MM. DOUSSINET.
 — ROYER.
 1938. DELMOND.
 — FERDIÈRE.
 — SCHERRER.
 — THUILLIER.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

Membres titulaires honoraires (20)

MM. CALMELS (F.-L.), 22, avenue des Gobelins, Paris (V^e). — 25 avril 1927.
 CANUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV^e). — 22 décembre 1930.
 DUPAIN (J.-M.), 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e). — 25 juin 1888.
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII^e). — 28 janvier 1895.
 KLIPPEL (Maurice), 63, boulevard des Invalides, Paris (VII^e). — 27 novembre 1893.
 LEGRAIN (Maurice), 9, rue Pelouze, Paris (VIII^e). — 30 juillet 1888.
 LEROY (Raoul), 16, rue Julie, Paris (XIV^e). — 28 mars 1898.
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.
 NAGEOTTE (J.), 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI^e). — 25 juillet 1898.

- MM. PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.
 PIÉRON (Henri), 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise).
 27 avril 1903.
 ROGUES DE FURSAC (J.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
 ROUBINOVITCH (Jacques), 3, rue de Médecis, Paris (VI^e). — 27 juin 1892.
 SÉGLAS (J.), 96, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 28 juillet 1884.
 SÉRIEUX (P.), 131, boulevard Brune, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1892.
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
 TRUELLE (V.), 4, avenue Courteline, Paris (XII^e). — 25 novembre 1901.

Membres titulaires (100)

- MM. ABADIE (J.), 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.
 ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.
 ABÉLY (Xavier), Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 juin 1921.
 ALAJOUANINE (Th.), 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
 ALLAMAGNY (P.), 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
 AMELINE (Marius), Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.
 ANGLADE (Roger-D.), Asile de Villejuif (Seine). — 28 mai 1931.
 AUBRY (J.-M.-E.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
 BARBÉ (André), 39, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 24 avril 1911.
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 BARUK (Jacques), 19, rue Mirabeau, à Angers (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 BAUER (E.), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.
 BLONDEL (Ch.), 23, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris (V^e). — 21 juillet 1928.
 BONHOMME (J.), 17, rue de Penthièvre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
 BOREL (A.), 11, quai aux Fleurs, Paris (IV^e). — 29 décembre 1923.
 BOURGIGNON (G.), 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 BRISSOT (M.), Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
 BROUSSEAU (Albert), 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI^e). — 30 janvier 1922.
 BUSSARD (Edouard), 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
 BUVAT (J.-B.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 27 mars 1905.
 CAPGRAS (J.), 7, allées de Longchamp, Le Perreux-sur-Marne (Seine). — 29 janvier 1906.
 CARRETTE (Paul), 92 ter, boulevard Péreire, Paris (XVII^e). — 31 mai 1926.

- MM. CEILLIER (André), 20, quai de Béthune, Paris (IV^e). — 28 mai 1923.
 CÉNAC (M.), 3, rue Coetlogon, Paris (VI^e). — 28 juin 1926.
 CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
 CLAUDE (Henri), 11, rue Ampère, Paris (XVII^e). — 27 mars 1922.
 CODET (Heuri), 10, rue de l'Odéon, Paris (VI^e). — 29 décembre 1923.
 COLLET (Georges), 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
 COMBEMALE (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.
 COURBON (Paul), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 18 décembre 1916.
 CROUZON (Oct.), 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (XVI^e). — 28 janvier 1935.
 DANJEAN (Alexis), Villa Valmer, 24, boulevard du Tsarevitch, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
 DELMAS (Achille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
 DEMAY (G.), Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
 DESRUELLES (Maurice), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dole (Jura). — 26 janvier 1931.
 DEVAUX (Albert), 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
 DIDE (M.), 11, rue Raymond Leygues, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 janvier 1901.
 DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI^e). — 28 juillet 1890.
 DUPOUY (Roger), 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e). — 29 juillet 1907.
 EUZIÈRE (J.), 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
 FILLASSIER (M.-J.-A.), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
 FRIBOURG-BLANC (A.), 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.
 GENIL-PERRIN (Georges), 63, boulevard Raspail, Paris (VII^e). — 29 décembre 1919.
 GOURIOU (Paul), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
 GUICHARD (V.), 77, route de Levens, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
 GUIRAUD (P.), Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 novembre 1922.
 HALBERSTADT (Grégoire), 7, rue Adam-de-la-Halle, à Arras (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
 HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
 HARTENBERG (P.), 64, rue de Monceau, Paris (VIII^e). — 24 juin 1907.
 HESNARD (A.), 4, rue Peiresc, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
 HEUYER (Georges), 1, avenue Emile-Deschanel, Paris (VII^e). — 27 décembre 1926.
 LAGRIFFE (L.), 11, rue de l'Hospice, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
 LAIGNEL-LAVASTINE (Maxime), 12 bis, place Laborde, Paris (VIII^e). — 28 juillet 1913.

- MM. LARGEAU (Rob.), 29, rue de Clichy, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER (Jean), Asile de la Chartreuse de Dijon (Côte-d'Or). — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LERAT (H.), Asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
- LÉVY-VALENSI (J.), 48, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE (J.), 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 28 avril 1924.
- LOGRE (B.), 49, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 28 juin 1920.
- MAILLARD (Gaston), 2, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV^e). — 25 mars 1901.
- MARTIMOR (Emm.), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 mai 1932.
- MEURIOT (Henri), Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.
- MIGNOT (Roger), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- M^{me} MINKOWSKA (Françoise), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- MM. MINKOWSKI (Eugène), 132, boulevard Montparnasse, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- NAYRAC (Paul), 25, boulevard Charles-Delesalle, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (Maurice), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL (Paul-Armand), Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Gallieni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT (Georges), 2, avenue Jean-Jaurès, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- PFERSDORFF (Charles), 6, quai Saint-Nicolas, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 24 janvier 1938.
- POMMÉ (Bernard), 7, rue José-Maria-de-Heredia, Paris (VII^e). — 26 novembre 1934.
- PORC'HER (Yves-J.-M.), Asile-Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 23 janvier 1933.
- POROT (A.), Clinique Saint-Raphaël, El Biar, Algérie. — 25 novembre 1912.
- RAVIART (G.), 91, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.
- RAYNEAU (James-A.), 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV^e). — 28 mai 1909.
- REVAULT D'ALLONNES (Gab.), Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 30 juin 1919.
- ROBERT (J.), 37, rue de Metz, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
- RODIET (A.), 21, villa Ledoux, à Nogent-sur-Marne (Seine). — 25 novembre 1907.
- ROUGEAN (R.), 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Ach.), 45, rue des Arènes, à Dole (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.

- MM. SENGÈS (N.), Asile de Vaucluse à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
 SIMON (Th.), 2, rue de Fleurus, Paris (VI^e). — 24 mai 1909.
 TARGOWLA (René), 169, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 29 décembre 1923.
 M^{me} THUILLIER-LANDRY (L.), 102, rue de Grenelle, Paris (VII^e). — 26 janvier 1931.
 MM. TINEL (J.), 254, boulevard St-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 TOULOUSE (Ed.), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIV^e). — 27 juin 1892.
 VIÉ (J.), Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
 VIEUX (N.), à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
 VIGNAUD (J.-B.), 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e). — 28 novembre 1927.
 VILLEY-DESMESERETS (G.), 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 23 février 1931.
 VINCHON (Jean), 108, rue du Bac, Paris (VII^e). — 27 juin 1921.
 VURFAS (Cl.), 161, rue de Charonne, Paris (XI^e). — 27 juillet 1903.
 WAHL (Maurice), 15, boulevard Verne, à Sainte-Anne, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
 WALLON (Henri), 19, rue de la Tour, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.

Membres Correspondants Nationaux (134)

- MM. ADAM (Emile), Maison de Santé Saint-Georges, à Bourg (Ain). — 18 décembre 1934.
 ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
 ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.
 ANGLADE (Louis), Hôpital psychiatrique de Pont-l'Abbé, Picaudville (Manche). — 22 novembre 1937.
 ARTUR (R.), Hôpital Sainte-Anne, à Toulon (Var). — 22 juin 1931.
 AUBIN (Henri), 6, rue Victor-Maurel, à Marseille-Endoume (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
 BARGUES (Roger), Asile public d'aliénés d'Agen (Lot-et-Garonne). — 26 novembre 1934.
 BARRÉ (J.-A.), 8, avenue de la Paix, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
 BEAUSSART (P.), Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre 1912.
 BENON (R.-L.), Hospice Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
 BOREL (J.), Asile de Breutry-la-Couronne (Charente). — 23 décembre 1935.
 BOUDON (L.), 179, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 28 juillet 1919.
 BRETON (A.), 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
 BRIAU (Raymond), Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise. — 24 mai 1937.

- MM. BURCKARD (E.), Asile de Stephansfeld (Bas-Rhin). — 27 juin 1932.
 CALMETTES (Albert), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
 CARON (Marcel), Asile de Chezal-Benoît (Cher). — 25 juin 1934.
 CASALIS (B.-A.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
 CHARTIER (M.), 9 bis, avenue des Fleurs, à Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
 CHATAGNON (Pierre), Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 juin 1937.
 CHÉNAIS (L.), 6, rue Piccini, Paris (XVI^e). — 30 mars 1903.
 CHRISTY (Henri-Ed.), Maison de Santé départementale, Le Mans (Sarthe). — 24 juin 1935.
 M^{me} COLLET (Marguerite), Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse). — 28 juin 1937.
 MM. COLOLLAN (P.), 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII^e). — 27 octobre 1902.
 CORMAN (Louis), Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 26 février 1934.
 CORNÉLIUS (René), 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (Alpes-Maritimes). — 22 juin 1931.
 COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
 COURJON (Rémi), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 28 octobre 1935.
 CRÉMIEUX (Albert), 255, rue Paradis, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 octobre 1936.
 M^{me} CROZET, Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 22 novembre 1937.
 M. CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XII^e). — 23 janvier 1933.
 M^{lle} CULLERRE (Elisabeth), Hôpital psychiatrique de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1934.
 MM. DADAY (P.), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 DAUMÉZON (), Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle). — 22 novembre 1937.
 DAUSSY (H.), Asile Saint-Méen, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
 DECHAUME (Jean), 16, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
 DELAVILLE (M.), 9, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.
 DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
 DELMAS-MARSALET (A.), 79, Cours Aristide-Briand, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
 DELMOND (Jacques), Hôpital psychiatrique de Hoerdt (Bas-Rhin). — 24 janvier 1938.
 M^{me} DEROMBES (M.), Asile de Saint-Yllie, près Dolc (Jura). — 23 décembre 1935.
 M^{lle} DESCHAMPS (Andrée), Asile de Rodez (Aveyron). — 24 février 1936.
 MM. DONNADIEU (A.), Hôpital neuro-psychiatrique de Ber-Rechid (Maroc). — 28 mai 1934.
 DOUSSINET (Pierre), Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse). — 22 novembre 1937.

- MM. DUBLINEAU (J.), 104, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 février 1933.
- DUMOLARD (Léon), 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
- DUPYTOU (Gabriel), 11, rue Armand-Barbès, à Limoges (Haute-Vienne). — 24 juin 1935.
- DURAND-SALADIN (Jean), 10, quai Gallieni, à Suresnes (Seine). — 24 juin 1935.
- EISSEN (Jean), Asile de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
- ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
- EY (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
- FERDIÈRE (Gaston), 10, square Albin-Cachat, Paris (XIII^e). — 24 janvier 1938.
- FEUILLADE (Maurice), 19 bis, quai Tilsitt, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1936.
- FREY (Bernard), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 18 décembre 1934.
- FROMENTY (L.), 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
- GALLAIS (Alf.), 58, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
- GARDIEN (P.-E.), Hôpital psychiatrique de Limoux (Aude). — 25 octobre 1937.
- GAUTHIER (M.), Ecole du Service de Santé militaire, à Lyon (Rhône). — 26 novembre 1934.
- GILES (André), Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
- GONNET (A.), 21, rue Brossard, à Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
- GOT (Roger), Hôpital psychiatrique d'Evreux (Eure). — 25 mars 1935.
- GRIMBERT (Ch.), 11, rue Duroc, Paris (VI^e). — 30 mars 1931.
- HYVERT (M.), Asile de Dury-les-Amiens (Somme). — 26 janvier 1931.
- JUDE (R.), 5, boulevard Tanneur, Pointe-Rouge, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
- LABUCHELLE (M.), 9, rue du Colisée, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
- LACAN (Jacques), 97, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 22 octobre 1934.
- LAGACHE (Daniel), 2, rue Georges de Porto-Riche, Paris (XIV^e). — 28 janvier 1935.
- LAHY (J.-M.), 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
- LAMACHE (Alex.), 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
- LARRIVÉ (E.), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
- LASSALE (Jean), Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce, 277 bis, rue Saint-Jacques, Paris (V^e). — 24 juin 1935.
- LASSALLE (Pierre), Asile public d'aliénés d'Auch (Gers). — 22 février 1932.
- LECLERCQ (P.), 40, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 28 octobre 1935.
- LÉCULIER (Pierre), Asile du Bon-Sauveur, à Bégard (Côtes-du-Nord). — 25 juin 1934.

- MM. LE GRAND (André), 27, rue de la Bassée, à Lille (Nord). — 23 avril 1934.
- LE GUILLANT (Louis), Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
- LEMOINE, 25, boulevard de la Liberté, à Lille (Nord). — 27 février 1888.
- LE SAVOUREUX (Henri), Maison de Santé de La Vallée-aux-Loups, à Châtenay-Malabry (Seine). — 24 juin 1935.
- LEULIEB (P.-M.), 29, avenue Horace-Vernet, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1935.
- LÊO (Pierre), Institut neuropsychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 28 mai 1934.
- MACÉ DE LÉPINAY (Ch.), 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
- MALE (Pierre), 11, rue de Navarre, Paris (V^e). — 22 février 1937.
- MANS (Jern), Asile de Leyme (Lot). — 27 avril 1936.
- MARESCAL (Pierre), Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 25 juin 1934.
- MARTIN-SISTERON (M.), 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
- MASQUIN (Pierre), 1, rue Petite-Fusterie, à Avignon (Vaucluse). — 23 mai 1932.
- M^{me} MASSON (Agnès), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 janvier 1936.
- MM. MEIGNANT (Paul), 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
- MESTRALLET (André), 196, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
- MOLIN DE TEYSSIEU (Gérard), 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
- MONTASSUT (Marcel), 12, rue Quatrefoies, Paris (V^e). — 28 juin 1928.
- MORAT (Daniel), 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.
- OMBRÉDANE (André), 53 ter, boulevard Suchet, Paris (XVI^e). — 25 avril 1932.
- OSSIP-LOURIÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (XVII^e). — 25 novembre 1912.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.
- PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- PERPÈRE (Eugène), 4, rue des Marronniers, Paris (XVI^e). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL (Georges), Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD (Henry), 23, rue Saint-Germain, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 janvier 1933.
- PIERSON (A.), Villa El-Ouzal, rue Dalou, à Casablanca (Maroc). — 25 octobre 1937.
- POTEL (R.), 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Directeur du Service de Santé des Troupes du Maroc, à Rabat. — 27 novembre 1933.
- POTTIER (Claude), Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne). — 22 mars 1937.

- MM. PRINCE (A.), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- PUECH (Pierre), 24, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 25 octobre 1937.
- QUERCY (Pierre), Asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACHAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX (J.), Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.
- RICHE (A.), 28, rue Drouot, Paris (IX^e). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 23 décembre 1932.
- ROUART (J.), 6, rue Lauriston, Paris (XVI^e). — 23 décembre 1935.
- ROYER (Jean), Hôpital psychiatrique de Poitiers (Vienne). — 23 décembre 1937.
- RUBENOVITCH (P.), 15, rue Saint-Simon, Paris (VII^e). — 23 décembre 1935.
- SCHAEFFER (Henri), 170, rue de la Pompe, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- SCHERRER (Pierre), Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord). — 24 janvier 1938.
- SCHIFF (Paul), 14, rue César-Franck, Paris (XV^e). — 22 décembre 1930.
- SCHÜTZENBERGER (Pierre), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 18 décembre 1934.
- SIVADON (Paul), Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 25 novembre 1935.
- TEULIÉ (Guilhem), Asile de Vauclair, par Monpont (Dordogne). — 28 décembre 1936.
- THUILLIER (René), 22, rue Lamarek, à Amiens (Somme). — 24 janvier 1938.
- TOYE (G.-P.), Asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire). — 28 octobre 1935.
- TRILLOT (Jean), Asile du Bon-Sauveur, à Albi (Tarn). — 24 juin 1935.
- TRIVAS (J.), Asile de Niort, 7, rue de Navailles, (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- TUSQUES (Jean), Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 22 juin 1936.
- VERNET (Georges), Asile de Beauregard, à Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
- VIAN (L.), 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
- VIGNERON D'HEUCQUEVILLE (G.), 19, avenue Léopold-II, Paris (XVI^e). — 23 janvier 1933.
- VOIVENEL (Paul), 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). — 28 juillet 1913.
- M^{me} VOLKRINGER-MARTRILLE (Denise), Etablissement neuro-psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 22 octobre 1934.
- VULLIEN (Robert), 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 26 octobre 1936.

Membres associés étrangers (195)

Allemagne

- MM. ASCHAFFENBURG (Gustav.), Professeur de psychiatrie à l'Université, 70, Oberlander Hufer, Cologne. — 26 juillet 1937.
 KRETSCHMER (Ernest), Professeur de psychiatrie à l'Université, 8, Ortenbergstrasse, Marburg-s.-Lahn. — 26 juillet 1937.
 RÜDIN (Ernst), Professeur, Directeur du Kaiser Wilhelm Institut, 2, Kräpelinstrasse, Munich. — 26 juillet 1937.

Amérique (Etats-Unis d')

- M^{me} ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
 MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
 BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacou Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
 CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.
 FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.
 GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.
 GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.
 JELLIFFE (Smith Ely), Managing editor of the *Journal of Nervous and Mental Disease*, 64, West 56th Street, New-York City. — 28 mai 1934.
 LIBER (Amour-F.), Neurological Hospital, Welfare Island, New-York City. — 18 décembre 1934.
 MAY (James V.), Superintendent, Boston State Hospital, Dorchester Center (Massachusetts). — 27 novembre 1933.
 MEYER (Adolf), Professeur de Psychiatrie à l'Université Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland. — 26 juillet 1937.
 M^{lle} ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.
 MM. ROSANOF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.
 THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

Argentine (République)

- MM. BELBEY (José), Professeur titulaire de Médecine légale à l'Université de La Plata, Callao 232, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
 BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de Las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
 DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.

- MM. DIMITRI (Vicente), Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, Chef du Service de Neurologie de l'Hôpital de Alvear, Suipacha, 819, Buenos-Aires. — 23 avril 1934.
- GONRITI (Fernando), Vice-Directeur de la Colonie Nationale d'Aliénés « D^r Domingo Cabred », Bulnes, 945, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- KRAFF (Eduardo), Professeur agrégé, Médecin de l'Hospicio de Las Mercedes, Maïpu, 1266, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LOUDET (Oswaldo), Professeur adjoint de Clinique psychiatrique et Professeur extraordinaire de Psychologie à l'Université de Buenos-Aires. — 22 juin 1936.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurologia y Psiquiatria, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.
- SBARBI (Mario A.), Médecin de l'Hospicio de Las Mercedes, Chef de travaux pratiques de psychiatrie, Tucuman 1650, Buenos-Aires. — 26 juillet 1937.

Autriche

- M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

Belgique

- MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 48, rue du Lac, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAEKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 200, avenue du Prince-d'Orange, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEY (Jacques), Agrégé de l'Enseignement Supérieur, 11, rue de la Luzerne, Bruxelles, 3. — 22 octobre 1934.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- TITECA (Jean), Agrégé de l'Université, Médecin-Chef du Centre neuro-psychiatrique, 28, Chaussée de Dieleghem, Jette-Bruxelles. — 25 novembre 1935.

- MM. VAN BOGAERT (Ludo), Agrégé à l'Université de Bruxelles, 22, rue d'Arenberg, Anvers. — 18 décembre 1934.
- M^{me} VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Professeur à l'Université, Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue Saint-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1931.
- VERSTRAETEN (Paul), Médecin en Chef de l'Institut Caritas, à Melle, près Gand. — 28 mai 1934.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 30 mai 1929.
- VERVAECK (Paul), Inspecteur des Asiles et Internats médico-pédagogiques, 35, rue Verhulst, Uccle-lèz-Bruxelles. — 25 novembre 1935.
- VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1900.

Brésil

- MM. FERRAZ-ALVIN (James), 29, rue Benjamin-Constant, São-Paulo. — 28 octobre 1935.
- OLINTO (Plínio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO e SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- PEIXOTO (Afranio), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.
- M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.
- Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Tothill Street, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.
- MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.
- CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.
- Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.
- MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1902.
- GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.

- MM. JAMES (G. W. B.), Médecin psychiatre du St-Mary's Hospital, 124, Harley Street, London W. 1. — 26 novembre 1934.
- MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- REES (John R.), Directeur de la Tavistock Clinic, 37, Wimpole Street, London, W. 1. — 26 juillet 1937.
- ROSS (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland). — 30 mai 1927.
- RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.
- SMITH (Percy), ancien Superintendant de l'Hôpital de Betbleem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.
- WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, Saint-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastaï, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 30 mars 1931.

Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.
- GARAFULIC (Juan), Médecin-Chef de la Section d'Observation de la Maison des mineurs de Santiago de Chili (Bandera 140 F, 5^e piso). — 26 juillet 1937.

Colombie

- M. MAXIMILIANO RUEDA (G.), Professeur de Psychiatrie à la Faculté, Médecin en Chef de l'Asile d'aliénés, Bogota. — 26 février 1934.

Cuba

M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. —
28 novembre 1910.

Danemark

MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. —
28 juin 1926.

Egypte

M. HANGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

Espagne

MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931
BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. —
25 juillet 1910.

GERNAIN-CEBRIAN (José), Chef de la Section de psychiatrie et d'hygiène
mentale de la Direction générale de Santé, Directeur de l'Institut
psychotechnique, 7, Espalter, Madrid. — 26 novembre 1934.

GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de
Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.

IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23
novembre 1909.

RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via
Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.

VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

Esthonie

M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. —
30 mai 1927.

Grèce

MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de
Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.

GAROPHALINÈS (Constantin), 34, avenue de l'Université, Athènes. —
22 novembre 1937.

KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé
Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.

LOVERDO (G. de), Secrétaire général de la Société de neurologie et de
psychiatrie, 21, rue Sina, Athènes. — 18 décembre 1934.

MITAPTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de
l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.

TRIANAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.

MM. VLAVIANOS (S.), Professeur agrégé à l'Université, 16, rue Zinonos, Athènes. — 25 mai 1912.

VLAVIANOS (Georges-J.), Chef de clinique des maladies nerveuses et mentales à l'Université, 53, rue Patission, Athènes. — 18 décembre 1934.

YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

Haïti

M. MARS (Louis), à Pétionville. — 24 juin 1935.

Hollande

MM. BEIJERMAN (W.), 29, Koningsplein, Delft. — 22 novembre 1937.

BOUMAN (K. H.), Professeur de neuro-psychiatrie, 24, Jan Luykenstraat, Amsterdam. — 26 juillet 1937.

COENEN (L.), 6 Kleine Houtweg, Haarlem. — 26 avril 1937.

MEYERS (Frédéric), Secrétaire de la Société néerlandaise d'Hygiène Mentale, Stadion Kade, 11, Amsterdam. — 26 juillet 1937.

PAMEYER (Jacques-Henri), Inspecteur des Hôpitaux psychiatriques, 23, Bilders Straat, La Haye. — 26 juillet 1937.

VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

Italie

MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.

ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.

BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.

BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.

CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.

CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.

CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.

DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — 27 juillet 1903.

DONAGGIO (Arturo), Professeur à la Faculté de Médecine de Bologne. — 28 mai 1931.

D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.

FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.

GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 29 juin 1914.

LAMBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.

- MM. LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. — 29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet 1902.
- MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. — 25 novembre 1907.
- PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. — 20 février 1914.
- RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — 27 mars 1882.
- RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Aleardo), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANGUINETI (L. R.), Expert psychiatre près la Cour d'Appel de Gênes, 2, via Serbelloni, Milan. — 28 mai 1934.
- SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. — 27 mars 1882.
- TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 28 avril 1902.
- TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. — 17 mai 1916.

Grand-Duché de Luxembourg

- M. STUMPER (Ernest), Médecin-Chef à la Maison de Santé d'Ettelbrück. — 26 juillet 1937.

Mexique

- MM. MILLAN (Alfonso), Professeur de Médecine sociale à la Faculté de Médecine de Mexico, Membre de l'Académie de Médecine de Mexico, Reforma 9, à Mexico. — 26 juillet 1937.
- RAMIREZ MORENO (Samuel), Professeur à l'Université, 39, Calle de Génova, Mexico. — 26 juillet 1937.

Norvège

- MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. — 29 avril 1907.
- TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

Pérou

- M. TRELLES (Jules-Oscar), Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Apartado, 2.184, Lima. — 25 mars 1935.

Pologne

- MM. BALEY (Stepan), Professeur à l'Université, Nowy Zjazd 5, Varsovie. — 26 juillet 1937.
 ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.
 SCHMIEGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

Portugal

- MM. BAHIA JUNIOR, Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.
 BETTENCOURT (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.
 BROCHADO (Alberto), Hospital do Conde de Ferreira, rue de Costa Cabral, 1218, à Porto. — 24 février 1936.
 DA SILVA ALVES FURTADO (Diogo Guillerme), Médecin des Hôpitaux de Lisbonne, Médecin-Chef du Service de Psychiatrie de l'Armée, Avenida de Libertade, 85, Lisbonne. — 26 juillet 1937.
 MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.
 MIRANDA (Henrique de), 44, rue du Général-Galliéni Viroflay (Seine-et-Oise). — 26 juillet 1937.
 MOURA (Elysio de), Professeur de neurologie et de psychiatrie à l'Université de Coimbra. — 26 novembre 1934.
 PIRES DE LIMA (Augusto), Directeur des Services de neurologie et de psychiatrie à l'Hôpital Matozinhos, 588, rue Herois de Chaves, Porto. — 23 novembre 1936.
 SOBRAL (Cid), Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Lisbonne, Directeur du Manicomio Bombarda, Lisbonne. — 26 juillet 1937.

Roumanie

- MM. CAHANE MARES, Médecin-Chef de l'Hôpital des Maladies mentales et nerveuses, Diciosanmartin (Transylvanie). — 22 octobre 1934.
 CANTACUZÈNE (Jean), 12, rue Vasile-Parvan, Bucarest. — 26 octobre 1936.
 DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 28, rue Gogu, Cantacuzino. — 23 mai 1932.
 MARINESCO (G.), Professeur de Neurologie à l'Université, 29, Salcutor, Bucarest. — 26 juillet 1937.
 PADEANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.
 PARHON (C.-I.), Professeur à la Faculté de Médecine, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.
 PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.
 STANESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — 24 octobre 1932.
 URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

Suède

MM. KINBERG (Olof), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

WIGERT (Victor), Professeur de Psychiatrie à l'Université, Stockholm. — 26 juillet 1937.

Suisse

MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.

BOVEN (William), Professeur de Psychiatrie et de Caractérologie à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.

FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.

FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.

LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile Clinique psychiatrique de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.

MAIER (Hans W.), Professeur à l'Université, Directeur du Burghölzli, Zurich. — 26 juillet 1937.

MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.

MINKOWSKI (M.), Professeur de Neurologie à l'Université, Freiestrasse 55, Zurich. — 28 janvier 1935.

MOREL (Ferdinand), Privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-adjoint à la Clinique psychiatrique de Bel-Air. — 18 décembre 1934.

DE MORSIER (G.), 2, rue de l'Hôtel-de-Ville, Genève. — 22 novembre 1937.

NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.

REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.

SAUSSURE (Raymond de), Privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.

STECK (Hans-Theodor), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Sous-Directeur de l'Asile de Cery-sur-Lausanne. — 25 février 1935.

WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

Tchécoslovaquie

MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezihranská, Prague. — 27 mars 1905.

SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.

STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

Turquie

MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.

MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés d'Istanbul. — 28 mai 1931.

ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

U. R. S. S.

MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moseou. — 30 mai 1927.

JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.

TRETIAKOFF, de Moseou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

Uruguay

MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.

SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.

Séance du jeudi 13 Janvier 1938

Présidence : M. FILLASSIER, président

PRÉSENTATIONS

Remarques cliniques sur la période précomateuse au cours du traitement des états schizophréniques par l'insulinothérapie. La phase de coma considérée comme non nécessaire, par MM. Yves PORCH'ER et Maurice LECONTE.

Désireux de nous faire une idée personnelle sur la méthode de Sakel, nous avons posé notre choix sur une malade, Sarah B..., née le 8 avril 1912 à Paris, et internée, après observation, à l'Hôpital Henri-Rousselle, le 30 mai 1937, avec le certificat suivant, du docteur Pichard :

« Présente des séquelles mentales de psychoencéphalite aiguë. Phase aiguë, traitée dans le service. Amélioration actuelle de l'état général. Température redevenue normale. Persistance d'un état confusionnel, avec excitation psychomotrice, déclamations incohérentes, anxiété diffuse, agitation, opposition. Idées délirantes polymorphes, floues et inconsistantes. »

Certifiée le 1^{er} mai, à l'admission de l'Asile Ste-Anne :

« Est atteinte de confusion mentale, désorientation. Fausses reconnaissances. Agitation incohérente, déclamations, onirisme probable ; a présenté un délire aigu qui s'est amélioré depuis quelques jours. Gâtisme. Fuliginosité des lèvres. »

Transférée le 6 mai 1937 à la 2^e section des femmes de l'Asile de Villejuif.

Dans notre service cette malade s'est présentée comme une agitée, avec opposition, refus d'aliments, ne répondant pas aux questions ou faisant des réponses saugrenues ; humeur variable, se mettait à chanter, à rire aux éclats ; ou, au contraire, demeurait relativement calme dans une attitude stupide avec un vague sourire stéréotypé ; gâtisme intermittent.

Le choix de cette malade pour notre premier essai ne fut pas absolument laissé au hasard ; une remarque, que fit le Professeur Pfernsdorf, il y a une quinzaine d'années, alors que l'un de nous visitait sa clinique de Strasbourg, sur le pronostic beaucoup moins sombre de syndromes d'allure démentielle précoce chez des sujets israélites, ne fut pas étrangère à notre choix.

Pour des raisons indépendantes de notre volonté, le traitement ne fut commencé que le 12 août 1937.

La malade commença par recevoir pendant 4 jours une dose quotidienne de 10 unités d'insuline à 7 heures du matin, avec 250 gr. de sirop de sucre à 10 heures ; puis, à partir du 5^e jour, la dose d'insuline fut augmentée quotidiennement de 5 unités.

Ces doses étaient réparties en 2 injections : l'une à 7 heures, l'autre à 8 h. 30 ; le traitement était interrompu le samedi et le dimanche ; 250 gr. de sirop de sucre étaient administrés vers 11 heures.

Assez rapidement, la malade se montra plus maniable, plus extériorisée, mais demeura sans changement notable jusqu'au 7 septembre, jour où la malade se mit à tricoter une partie de la matinée (avait reçu ce jour-là 95 unités d'insuline).

Le samedi 11 septembre, la malade demanda de la poudre de riz et une pince pour se faire une beauté, et se montra calme, moins inconsciente, raisonnant mieux.

Le dimanche 12 septembre, elle fait sa toilette entièrement seule, converse raisonnablement avec les infirmières et demande à coudre pour s'occuper. Cette amélioration s'accroît les jours suivants.

Le 15 septembre (125 unités) d'insuline ; elle s'inquiète de savoir si elle scra guérie pour aller à l'Exposition.

Les transpirations sont devenues très abondantes, la température s'abaisse en-dessous de 35° (34°5-34°4).

Le 24 septembre la malade est à 160 unités d'insuline ; elle n'a toujours pas de coma ; nous la considérons comme cliniquement guérie.

Toutefois, le 27 septembre, nous reculons l'administration du sirop de sucre, la malade a un léger coma.

Il en est de même le 28, les doses d'insuline sont diminuées de 10 unités les jours suivants jusqu'à 125 le 1^{er} octobre, puis 100 le 2 octobre et 80 le 4 octobre avec chaque fois coma (en tout 7).

Nous avons réalisé cette série de comas pour faire comme tant d'autres, l'état de notre malade ne nous a pas paru y avoir gagné ; la malade est sortie le 16 octobre ; elle a, depuis, repris ses occupations de dactylographe et se porte bien.

Cette malade avait une sœur, Blanche B., née à Varsovie, le 19 avril 1903, internée à l'Asile de Maison-Blanche ; elle fut, à la demande de la famille, transférée dans notre service à Villejuif.

Elle avait été placée, le 11 décembre 1936, après observation, à Henri-Rousselle, sur le certificat suivant du docteur Pichard :

« Présente un état mélancolique. Dépression profonde. Aspect douloureux. Mutisme. Opposition anxieuse. Négativisme. Idées délirantes sous-jacentes (on lui a mis du plâtre sur les lèvres pour l'empêcher de parler). Refus d'aliments. Gros amaigrissement. »

Certifiée le 15 décembre 1936 à l'admission de l'Asile Ste-Anne par le docteur Capgras :

« Dépression mélancolique. Mutisme. Négativisme. Refus d'aliments. Excoriations aux cuisses et au sacrum. Mauvais état général. »

Dirigée sur l'Asile de Maison-Blanche : certificat immédiat, du 17 décembre, du docteur Demay :

« Présente un état de dépression. Attitude triste. Absence de mimique. Mutisme absolu à certains moments. Arrive toutefois avec beaucoup d'efforts à exprimer des idées délirantes d'influence ; on lui prend sa pensée avec toutes sortes d'appareils ; on fait savoir à tout le monde qu'elle a des parents israélites. Mélange de négativisme et de docilité. Fait des difficultés pour s'alimenter. Etat général précaire, amaigrissement. Température normale. »

Certificat de transfert, le 14 octobre 1937, du docteur Chatagnon :

« Présente un état de dépression mélancolique avec idées d'influence et hypocondriaques ; petites poussées d'excitation par intervalles. Peut être transférée à l'Asile de Villejuif. »

Cette malade arrive à Villejuif le 30 octobre ; elle est maigre, malpropre, agitée par intervalles ; elle mange seule, mais très malproprement, et souvent même il est nécessaire d'insister pour qu'elle prenne ses repas en temps normal, la plupart du temps elle émet à voix basse sur un mode rapide des phrases incohérentes ; nous avons l'impression d'être devant une vieille vésanique stéréotypée.

Le traitement fut commencé le 22 novembre, sur le même mode de celui de sa sœur cadette, toutefois le repos fut réduit à un seul jour par semaine, le dimanche, et les 250 gr. de sirop de sucre furent administrés à 10 h. 30.

La malade se montre, au bout de quelques jours, plus maniable, à 90 unités d'insuline ; le 10 décembre elle apprend que sa sœur a été traitée ici, elle ne le savait pas et s'inquiète de savoir ce qu'elle a eu.

Les progrès se font plus rapides les jours suivants.

Le 14 décembre (105 unités) elle s'occupe d'elle, fait sa toilette, s'arrange avec goût. Les sueurs sont devenues très abondantes. Température 35°. (La température s'est abaissée à 33°6 le 19 et à 33°7 le 20 décembre).

Le 18 décembre (125 unités) elle s'inquiète si elle sera sortie pour les fêtes. Température 34°1.

Le 25 décembre (155 unités) le traitement est arrêté. Elle n'a pas eu de coma.

La malade sort le 30 décembre 1937 avec toutes les apparences de la guérison.

Il nous a paru intéressant de produire ces deux cas assez différents l'un de l'autre par leurs débuts. Le premier cas semblant s'être manifesté par un accès confusionnel fébrile, le second par une dépression sans fièvre.

Néanmoins, il y a eu un très grand parallélisme dans l'allure de la récupération au cours du traitement par l'insulinothérapie. Ces deux malades ont commencé à reprendre le contact vers la dose quotidienne de 100 unités.

Ces résultats ont été obtenus sans qu'il ait été nécessaire de pousser jusqu'au coma. Nous nous demandons si l'obtention systématique de l'état de coma en série, comme nous l'avons vu pratiquer ailleurs, est forcément nécessaire. Nous ne saurions généraliser, mais il nous apparaît bien, d'après ces cas, et, on en trouve d'autres semblables dans la littérature, que la guérison peut être obtenue sans coma.

M. PORC'HER. — J'ai continué mes essais sur un certain nombre d'autres malades (en tout cinq cas nouveaux sur lesquels j'aurai l'occasion de revenir ultérieurement) et je me persuade de plus en plus de la non nécessité de pousser jusqu'au coma ; je me demande même si, pour un certain type de malades, cette phase ne serait pas nuisible.

L'administration préventive du sirop de sucre ne peut pas être fixée *a priori* à une heure déterminée, cette heure variera avec chaque sujet (j'ai dû réduire le laps de temps entre la dernière injection d'insuline et la prise de sucre à une heure et demie pour une dose quotidienne d'insuline de 40 unités). Il faut se régler sur l'abondance des sueurs et l'abaissement de la température.

Je n'émettrai aucune hypothèse sur le mode d'activité de l'insuline — c'est une question fort complexe, je doute que notre empirisme clinique puisse l'aborder avec fruit sans une aide puissante du laboratoire, et je me permets, en terminant, de regretter que les Asiles de la Seine ne soient point dotés d'une organisation des recherches comme il en existe en d'autres pays, ce dont j'ai rapporté un exemple (1).

M. MARCHAND. — Mon expérience du traitement de la schizophrénie par le coma insulinique n'est pas très grande puisque je n'ai encore traité que sept malades. Je dois dire qu'en donnant des doses de 150 à 180 unités, je n'ai obtenu qu'une fois un

(1) Yves PORC'HER. — Rapport sur l'organisation des Laboratoires des Hôpitaux Psychiatriques du Comté de Londres. *L'Aliéniste français*, novembre 1937.

coma net avec crise d'épilepsie. Des sept sujets, un seul est guéri et a quitté mon service. Or, chez ce malade, je n'ai jamais pu obtenir un coma complet. Malgré le petit nombre de sujets traités, cette constatation vient à l'appui des conclusions des présentateurs.

Forme cérébrale évolutive anormale d'une syphilis héréditaire, par MM. MARCHAND, STORA et M^{me} GAULTIER.

La syphilis héréditaire nerveuse peut entraîner des syndromes très variés soit par dystrophies dues à une altération des cellules germinales, soit par transmission du tréponème au cerveau de l'enfant. Le cas actuel est particulier ; il s'agit d'un hérédo-syphilitique qui, actuellement, ressemble à un idiot congénital épileptique ; cependant, ce sujet a présenté un développement intellectuel normal jusqu'à l'âge de 10 ans. Quoique le diagnostic de paralysie générale infantile nous paraisse devoir être éliminé, nous pensons qu'il est intéressant de le rapprocher des cas récents présentés ici même (1).

L., âgé 26 ans, entre à l'Asile Sainte-Anne le 22 décembre 1937.

Antécédents personnels. — L... est né à terme, mais, aux dires de la mère, il avait la tête « dilatée ». Pas de convulsions. Il a commencé à parler à l'âge d'un an ; il a marché et a été propre de bonne heure. A 4 ans il récitait des fables ; il a très vite appris à lire, à écrire, à faire de petits calculs.

Sa mémoire était très bonne ; il était obéissant, docile et très soigneux dans son travail scolaire. Vers l'âge de 10 ans, il commença à somnoler à l'école et à se plaindre de céphalées ; il n'avait plus autant de vivacité d'esprit, perdait la mémoire ; son écriture était devenue défectueuse ; il restait inactif et devenait peureux. Il ne voulait plus s'approcher de l'eau ni monter sur les lieux élevés. Il volait des friandises. On fut obligé de le retirer de l'école parce que ses camarades le battaient.

Conduit à la consultation des Enfants-Assistés, on lui fait des injections de bismuth pendant 4 ans, c'est-à-dire de 10 à 14 ans ; ensuite, à Saint-Joseph et à l'hôpital Henri-Rouselle, où on lui fait des injections de sulfarsénol. Le Bordet-Wassermann était alors positif dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. Ce sont les seuls renseignements que nous avons pu obtenir sur les réactions humorales. Il n'a pas été impaludé.

A l'âge de 16 ans, après une injection de sulfarsénol, il fit une pre-

(1) H. ROGER et J. ALLIEZ. — *Soc. méd.-psych.*, 22 nov. 1937.
BRUSSOT et MAILLEFER. — *Soc. méd.-psych.*, 9 décembre 1937.

mière crise convulsive d'épilepsie généralisée. Les crises se renouvelèrent fréquemment dans la suite. A partir de ce moment, sa mère refusa qu'on lui fit tout traitement. L'affaiblissement des facultés intellectuelles, malgré les traitements suivis, progressa rapidement. Les troubles de la parole s'accrochèrent et le malade arriva à ne plus pouvoir se faire comprendre. Depuis 4 ans, l'état est resté stationnaire.

Antécédents héréditaires. — Mère syphilitique. Son Bordet-Wassermann était positif au moment où commencèrent les manifestations psychopathiques de son enfant. Elle fut traitée. Elle avait fait antérieurement une fausse couche de 8 mois.

Père mort d'un cancer du pylore à 56 ans.

Un frère plus jeune que notre malade est bien portant actuellement, mais il fut traité à l'hôpital Henri-Rousselle, à l'âge de 11 ans, parce qu'il était un peu nerveux. Actuellement il est marié et a un enfant bien portant.

Etat actuel. — L... est un sujet de faible complexion. Sa taille est de 1 m. 60 ; il pèse 49 kg. 800.

Les stigmates dégénératifs sont nombreux et accusés :

Hydrocéphalie : tour de tête : 0,60 ; bosses frontales très développées. Voûte palatine ogivale ; lobules d'oreilles adhérents. Dents irrégulières dans leurs formes et dans leur implantation : les 2 incisives supérieures ont leur bord libre en forme de cupule et rappellent la dent d'Hutchinson ; il manque un grand nombre de dents à la mâchoire supérieure.

Le système musculaire est peu développé. Les organes génitaux et la pilosité sont normaux.

A l'examen du système nerveux on constate des réflexes rotuliens et achilléens très vifs, polycinétiques.

Les stylo-radiaux et les réflexes tricipitaux sont aussi très exagérés. Pas de clonus du pied ni de signe de Babinski.

Les réflexes crémastériens et cutanés abdominaux sont normaux. Le réflexe orbiculaire des lèvres est positif (signe du groin).

Pas de signe de Romberg. La démarche est spasmodique et titubante, elle se fait les jambes écartées pour augmenter la base de sustentation. Pas de signes cérébelleux.

Les pupilles sont inégales ; la droite est plus grande que la gauche ; elles sont rigides à l'accommodation et à la lumière.

L'examen viscéral ne révèle rien d'anormal.

Une ponction lombaire faite le 20 décembre 1937 donne les résultats suivants : Albumine : 0,38. Réactions de Pandy et de Weichbrodt : 0 ; leucocytes : 0. Benjoin colloïdal : 00000.22222.10000. Réactions de Meinicke et Bordet-Wassermann négatives. Dans le sang Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Au point de vue mental L... présente l'aspect d'un idiot congénital ; il ne répond pas aux questions ou il le fait par des itérations sans signification ; le langage consiste en un véritable bredouillement

incompréhensible, sans mouvements des lèvres ; il n'obéit à aucun ordre, sa mimique est extrêmement pauvre. Il imite les gestes simples (taper sur la table, claquer des mains). Il reconnaît les pièces de monnaie sans pouvoir donner leur valeur. Quand on lui commande d'écrire, il saisit la plume correctement, la trempe dans l'encre, la pose sur le papier, puis la porte à nouveau dans l'encrier, et ainsi 5 ou 6 fois. Il arrive à tracer quelques traits, tout en faisant des taches d'encre et en poussant des cris inarticulés.

Depuis son entrée dans le service, il ne s'intéresse à rien, n'essaie pas de communiquer avec les autres malades. Oscillations fréquentes et incessantes de la tête d'avant en arrière. Il s'alimente seul. Il n'est pas gâteux.

Aucune crise convulsive depuis l'entrée, malgré l'absence de traitement.

Le diagnostic d'hérédo-syphilis chez notre malade peut être affirmé. La mère, au moment des premières manifestations encéphalopathiques, avait un Bordet-Wassermann positif dans le sang ; l'enfant lui-même présentait un Bordet-Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'hydrocéphalie avec prééminence des bosses frontales, les lésions dentaires, l'inégalité et la rigidité des pupilles, viennent encore fortifier le diagnostic étiologique.

Cet enfant est atteint d'hydrocéphalie congénitale puisqu'il est né avec une très grosse tête ; il s'est cependant développé normalement, physiquement et intellectuellement, jusqu'à l'âge de 10 ans. Il fut atteint alors d'une encéphalopathie qui s'est traduite par de la céphalée, de la somnolence, des phobies, de l'affaiblissement intellectuel avec troubles du langage aboutissant en quelques années et malgré un traitement spécifique, à un état ressemblant à celui d'un idiot. Les crises épileptiques sont apparues plus tard. Actuellement, les réactions du liquide céphalo-rachidien sont presque normales avec une légère albuminose et les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

En l'absence de renseignements sur l'albuminose et la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien à la période évolutive de l'affection, nous ne pouvons faire que des suppositions sur les lésions cérébrales qui conditionnaient le processus pathologique.

S'agit-il d'une paralysie générale infantile qui se serait stabilisée ? Il est difficile d'admettre ce diagnostic quand on sait combien rarement on arrive à arrêter cette forme de méningo-encéphalite avec les traitements modernes les plus énergiques. De plus, ce sujet est depuis huit ans sans traitement ; sa mère s'y

est opposée, prétendant que ce sont les « piqûres » qui ont aggravé son état et déterminé les crises épileptiques.

Notons que chez ce sujet, l'hydrocéphalie est congénitale. L'encéphale était donc déjà altéré à la naissance et on peut penser qu'il s'agissait d'une encéphalite spécifique d'abord localisée au niveau des parois ventriculaires sous forme d'épendymite. Comme le fait s'observe fréquemment, le processus encéphalitique s'est fait en deux temps. Après une longue période de latence pendant laquelle les facultés intellectuelles ont pu se développer, l'encéphalite a progressé de nouveau, déterminant le syndrome actuel d'idiotie acquise.

M. GUIRAUD. — Ce sujet ne ressemble à un idiot que par ses troubles moteurs : sa mimique niaise, son tic du balancement, ses mouvements anormaux, ses gestes stéréotypés, etc. Mentalement, c'est un dément, puisqu'il conserve des acquisitions de la catégorie de celles qui constituent le niveau mental de 7 ans. Et, à ce propos, il arrive que, chez certains paralytiques généraux adultes, la démence revête un caractère particulier qui les ramène au niveau de l'enfance. J'ai notamment le souvenir d'une paralytique de 50 ans, qu'on aurait prise pour une débile mentale restée puérile, et non pour une démente. Dans ces cas, la thérapeutique, lorsqu'elle est efficace, ramène la mentalité d'un adulte.

M. COURBON. — Il ne faut pas confondre débilité et puérilisme. Et c'est injurieux pour les enfants normaux que de leur comparer les débiles mentaux. La débilité mentale est un état d'insuffisance du jugement, qui persiste à travers toutes les étapes du développement de la mentalité individuelle. Enfant, adulte et vieillard, le débile mental se distingue toujours de ses contemporains, et se ressemble toujours à lui-même, par son défaut d'intelligence.

Le puérilisme mental est une interversion des étapes du développement de la mentalité individuelle; c'est un désaccord entre la mentalité réelle du sujet et celle qu'il devrait avoir, étant donné son âge.

Avoir du puérilisme mental, c'est avoir les goûts, la mimique, les mœurs d'un enfant, alors qu'on a passé l'adolescence. Etre débile mental, c'est manquer d'intelligence, même si l'on a les goûts, les mœurs et la tenue des hommes ou des vieillards dont on a l'âge. Le débile mental qui ressemble à un enfant est celui dont la débilité mentale se complique de puérilisme, et alors c'est à un enfant peu intelligent et non à un enfant normal qu'il ressemble.

M. MARCHAND. — Je crois qu'en présence d'un tel malade, il est préférable de dire idiotie acquise plutôt que démence, puisque son affaiblissement intellectuel est survenu avant l'âge de la puberté. C'est là une convention, je le reconnais. Il y a cependant une raison clinique. Les sujets qui sont atteints d'affaiblissement intellectuel profond avant la puberté perdent rapidement leurs acquisitions scolaires et manifestent des troubles du langage ; ils se présentent alors plutôt comme des idiots que comme des déments. Notre malade en est un exemple.

Kinésie de jeu chez les idiots,
par M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. Henri Ey.

Les mouvements anormaux : athétose, stéréotypies, ou tics, sont fréquents chez les idiots. Or, à certains moments, ces mouvements anormaux prennent de tels caractères et s'accompagnent de telles manifestations, qu'ils paraissent s'intégrer dans une activité ludique transitoire. Le sujet se met à fixer son attention sur ses membres athétosiques ; il scande en le variant, l'atténuant ou l'intensifiant, le rythme de leurs mouvements ; il exagère ou précipite son balancement, etc., et, ce faisant, il sourit béatement ou même trépigne allègrement. En un mot, il a l'air de s'amuser beaucoup lui-même avec ses propres mouvements anormaux.

Trois films pris sur des idiots de l'asile de Bonneval : l'un sur un enfant, l'autre sur une adolescente, l'autre sur un vieillard, mettent en évidence les observations ci-dessus relatées.

Syndrome de Korsakoff alcoolique aigu,
par MM. GUIRAUD, Henri Ey et M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX

L'intérêt de notre cas clinique et de l'examen anatomique que nous présentons vient en regain d'actualité des problèmes anatomo-pathologiques concernant les psychoses alcooliques.

Voici résumée l'*observation clinique* :

Mme J., 53 ans, est entrée à l'Asile de Bonneval le 11 octobre 1937, dans un état physique précaire et elle y est décédée le 4 novembre 1937 après avoir présenté tous les signes classiques d'un *syndrome de Korsakoff* aigu.

Antécédents héréditaires. — Il n'y a pas d'antécédents connus parmi les ascendants, ni les collatéraux. Il y a lieu de noter qu'elle a une fille unique de 30 ans qui est atteinte d'*albinisme* (syndrome complet avec

nystagmus, myopie et un certain degré de déséquilibre). Cette fille est née bien avant que sa mère ne contracte des habitudes d'intempérance.

Antécédents personnels. — Aucune maladie grave. Développement somato-psychique normal. Caractère doux. Elle avait la réputation d'une excellente femme, d'humeur égale et travailleuse.

Evolution des troubles. — A la mort de son mari, en septembre 1935, elle présenta un *eczéma généralisé* et, peu après, elle se mit à boire. Il ne nous a pas été possible d'avoir des renseignements certains sur cette intoxication. Il est de fait qu'elle était souvent ivre et qu'elle buvait beaucoup de vin et de cidre.

Au cours du mois de mars 1937, elle a commencé à présenter un *état confusionnel avec onirisme*. Elle se plaignait d'être importunée par des poissons qui la harcelaient de toutes parts. Son état mental ayant progressivement empiré, elle fut internée le 11 octobre 1937.

Le *certificat de 24 heures* mentionne : « Etat confuso-déméntiel avec fabulation. Gros troubles de la mémoire et de l'orientation. Fausses reconnaissances. Abolition des réflexes ostéo-tendineux des membres inférieurs sans signe de Babinski. Contracture généralisée en flexion. Troubles sphinctériens. Escarres sacrée et talonnière. Réflexes photo-moteurs faibles. »

La *désorientation* était totale dans l'ordre chronologique comme dans les situations.

L'*amnésie* considérable était du type rétro-antérograde. Les réponses aux questions, l'évocation des souvenirs se font tout à fait au hasard.

Les *fausses reconnaissances* sont fréquentes. Elle reconnaît ses voisines : « Oui, nous allions chercher nos enfants à l'école ensemble. »

La *fabulation compensatrice* est également typique : « Hier nous sommes allés ensemble à H... On est parti en voiture, puis sa fille est arrivée. On a dîné avec elle, ces dames-là... on les a rencontrés, c'étaient les patrons qui sont venus pour que je fasse le ménage, etc... »

L'activité intellectuelle automatique (calcul mental facile) s'effectue correctement.

Par contre, il y a d'énormes troubles du jugement et de l'auto-critique.

Il y a lieu de noter le ton *euphorique* qui est fondamental. La malade est satisfaite et souriante. Tout à fait inconsciente de ses troubles.

EXAMEN NEUROLOGIQUE. — Il existe une *contracture en flexion généralisée*. Les membres sont raides, fixés dans leurs attitudes. Les douleurs spontanées et, à la pression des masses musculaires, sont vives. L'amyotrophie est considérable et généralisée. L'hypertonie et l'hyperesthésie rendent l'examen difficile.

Les réflexes ostéo-tendineux sont abolis totalement aux membres inférieurs.

Il n'existe pas de troubles des réflexes cutanés. Les réflexes de défense sont très vifs et irradiés en raison de l'hyperesthésie.

Les troubles sphinctériens sont déjà anciens. Gâtisme complet.

Il n'existe pas de tremblement.

La station debout est impossible.

Les réflexes photo-moteurs sont faibles, mais il n'y a pas d'autres troubles pupillaires.

Enfin la malade présente deux énormes escarres, l'une sacrée, profonde et extensive, l'autre talonnière à gauche. La température oscille entre 38° et 39°.

L'état d'agitation se calme un peu. La nuit elle est signalée comme turbulente et hallucinée. Elle soliloque et dialogue dans des attitudes hallucinatoires.

Malgré cet état général grave, l'alimentation s'effectue aisément, l'appétit est même bien conservé ; *elle mange même beaucoup.*

A la quinzaine, le certificat suivant est rédigé : « Psychose de Korsakoff à forme aiguë. Fièvre élevée. Polynévrite. Escarres. Etat confuso-démientiel avec amnésie et fabulation. Euphorie. Excès alcooliques considérables et récents. Réactions humérales spécifiques négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Très mauvais état général. »

Effectivement, voici les résultats de la ponction lombaire : Albumine : 0,30. Leucocytes : 0,4. Bordet-Wassermann, Pandy et Meinicke négatifs. Benjoin : 00000.12100.00000.

Malgré diverses thérapeutiques infectieuses, l'état physique a beaucoup décliné. La malade restant continuellement contractée, euphorique et boulimique. La température se maintenant entre 39° et 40°. Elle meurt le 4 novembre après avoir présenté des signes d'une broncho-pneumonie terminale.

EXAMEN ANATOMIQUE. — Voici d'abord les éléments du protocole de l'autopsie qui a été pratiquée 26 heures après. Le cerveau pèse 1.240 gr. On note son hyperhémie généralisée et sa consistance œdémateuse. Au point de vue viscéral, il y a lieu de noter seulement : 1. des foyers congestifs aux deux bases pulmonaires *sans lésion de tuberculose* ; 2. l'aspect cirrhotique scléro-graisseux du foie qui pèse 1.210 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Les lésions sont diffuses dans tout le système nerveux, mais avec des prédominances régionales.

L'écorce cérébrale est relativement peu atteinte. La stratification cellulaire est bien conservée, mais beaucoup de cellules nerveuses sont en voie de destruction. Il faut signaler la dissolution périphérique du cytoplasme et surtout des plages de dégénérescence granuleuse constituant des dilatations à la base ou au sommet des grandes cellules pyramidales. A ces niveaux le réseau neurofibrillaire, ailleurs bien conservé, a disparu. A la base de ces cellules on constate une abondante satellitose. L'oligodendrogliose a proliféré, la dégénérescence de Penfield-Grynfeltt s'observe souvent. Néoformation capillaire intense ; épaississement de la paroi des précapillaires.

Dans la substance blanche prolifération oligodendrogliques avec dégénérescence de Penfield fréquente. Nombreux noyaux macrogliaux hypertrophiés et déformés.

Pie-mère épaissie.

Dans les noyaux gris centraux atteinte prédominante dans le putamen et le pallidus. Dans le putamen lyse cytoplasmique de beaucoup de cellules nerveuses, tendance à l'homogénéisation du noyau et surtout surcharge pigmentaire très abondante de la macroglie. Dans le pallidus, lyse cellulaire et satellitose.

Thalamus moins atteint.

Diminution considérable du pigment dans les cellules du Locus Niger. Atteinte importante des deux corps mamillaires qui sont très friables sur les coupes. Gliose très intense, multiplication des capillaires, lyse des cellules nerveuses. Au niveau du bulbe, gliose diffuse, atteinte des cellules olivaires, les autres cellules sont relativement bien conservées.

Moelle dorsale très atteinte ; les cellules des cornes antérieures sont arrondies avec chromatolyse, disparition du réseau neurofibrillaire, blocs argyrophiles. La moelle lombaire, quoique présentant des lésions cellulaires évidentes, est nettement moins atteinte (excentricité du noyau, zone de dégénérescence granuleuse dans les cellules). Nombreux corps amyloïdes dans la substance blanche. Sphérules de désintégration méta-chromatiques dans la substance grise.

Névrite très accentuée au niveau du sciatique poplité externe et du tibial antérieur. Disparition de la plus grande partie des fibres nerveuses dans celles qui sont en partie conservées ; atteinte égale de la myéline et des neurofibrilles. A la place des fibres disparues multiplication très intense des cellules de Schwann, multiplication très abondante et hypertrophie des cellules OC Granula. Dilatation, prolifération des capillaires et épaississement de leur paroi. Réaction collagène discrète.

Foie de volume normal, atteint de dégénérescence graisseuse très accentuée. Pneumonie grise bilatérale.

Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe chez un enfant de 3 ans 1/2. Origine encéphalitique probable, par
M^{me} S. LECONTE-LORSIGNOL.

L'enfant que vous allez voir présente des hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe ; outre la rareté des hallucinations (surtout combinées) à cet âge, il nous a paru intéressant par le caractère de ces hallucinations, apparaissant par accès brefs et par la délicatesse du diagnostic étiologique.

Cet enfant a été examiné par nous, pour la première fois, au mois d'août 1937, à l'âge de 3 ans 1/2.

La mère amenait son enfant parce que, depuis le mois d'avril, il voyait et entendait, disait-elle, des êtres imaginaires. Ces faits se produisant une à deux fois par semaine, à n'importe quelle heure de la journée.

Les *hallucinations visuelles prédominent* et prennent souvent un caractère effrayant. Il voit de grosses araignées qui courent sur les murs, crie : « Oh ! la bête ! », tente de se sauver, parfois de se défendre en lançant des objets contre cet animal, souris, araignée, souvent monstrueuses. Il semble s'agir d'hallucinations authentiques et non d'illusions, car la mère précise qu'il a vu récemment courir une araignée sur un linge parfaitement blanc.

Dans d'autres cas, ce sont des *hallucinations auditives* isolées, souvent indifférenciées. C'est surtout le soir, disait la mère, que se produisent ces faits. Une fois couché il prétend entendre des gens qui marchent, tapent au mur. Ils viennent pour le prendre. Parfois il les sent monter sur son lit, ils l'étouffent, marchent sur lui.

Par conséquent, ici encore, caractère terrifiant des troubles.

Mais à côté de ces hallucinations isolées, soit visuelles, soit plus rarement auditives, on peut observer chez cet enfant des *accès d'hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe*, accès qui n'ont pas présenté, semble-t-il, l'allure terrifiante, et même panophobique notée précédemment.

C'est ainsi, par exemple, qu'en août, il a tenu avec son père absent, qu'il semblait voir, une conversation d'une durée de 3/4 d'heure.

Brusquement il dit : « Tiens, bonjour, papa », paraissant fixer son père et écouter, pendant des intervalles de silence, les réponses de celui-ci. On aurait dit, relate la mère, qu'il parlait au téléphone. « M'as-tu rapporté des bonbons ? », puis : « Si tu m'emmènes promener, je vais chercher mon seau », etc., etc...

Une autre fois, il voit une femme dans la cuisine, lui parle, l'avertit qu'elle pourrait se brûler en se mettant si près du feu, et crie à sa mère circulant dans la pièce : « Mais maman tu vas te cogner sur la dame. »

Nous avons vu que ces faits, au début du moins, en août 1937, se produisaient environ *une à deux fois par semaine*. Le début et la terminaison en sont *brusques* ; ils n'ont pas de durée fixe, celle-ci variant de quelques minutes ou moins à une heure dans un cas. Pendant ces véritables accès hallucinatoires, l'enfant, dit la mère, semble « *égaré* » (nous traduisons : *confus*). Il se cogne, dit-elle, contre les objets réels qu'il semble voir moins bien que ses visions.

Sa mère ne peut le tirer de son état par une interpellation.

Enfin, il semble, mais nous n'oserions être absolument catégorique sur ce point, qu'il existe une *amnésie* consécutive. Jamais l'enfant, revenu à son état normal, n'a parlé de ces faits ; et quand on les évoque en sa présence, nous avons remarqué qu'il n'y prête aucune attention. Sa mère, avec une prudence louable, s'est abstenue de lui poser

des questions, évitant ainsi de réveiller la mythomanie naturelle à cet âge.

L'étude des antécédents apprend que :

Né à terme, de poids normal, il a reçu du B.C.G.

Accouchement très difficile, avec version par manœuvres internes.

Après sa naissance, la mère a fait une tuberculose pulmonaire, actuellement guérie. Une fille de 8 ans 1/2, née avant terme, semble être un peu débile mentale.

Quant à l'enfant, il n'a rien présenté d'anormal jusqu'en mars 1937, hormis une atteinte d'entéro-colite et un phimosis. C'était, dit la mère, un enfant affectueux, doux et intelligent.

En mars 1937, brusquement, l'enfant accuse un malaise violent. Se plaint de la tête ; vomit.

Il a une température à 39°3, puis à 41°3.

Le Dr Chatelain, d'Argenteuil, qui l'examine alors, trouve un *syndrome méningé* (raideur de la nuque, strabisme interne).

Très rapidement, l'enfant présente une excitation physique et intellectuelles intenses, avec *onirisme terrifiant*.

Il voit du feu ; on va le brûler, l'entraîner, il s'accroche pour se retenir, des gens le tirant pour l'emmener. Son cousin, assis sur une coupe placée sur la table de nuit, va tomber sur lui et l'écraser.

A d'autres périodes, excitation euphorique, avec chants et gaieté.

Aussi excité le jour que la nuit, il a présenté une insomnie totale pendant deux à trois jours.

Il se plaignait de *douleurs dans le côté gauche*, et le médecin aurait alors constaté une *extension bilatérale des orteils*. Il existait aussi de gros troubles de la *parole*, indistincte et bégayée.

Il n'y a pas eu de ponction lombaire, car, au bout de deux jours, la température est tombée, l'enfant s'est calmé rapidement. Il conservait seulement, le soir, des hallucinations *hypnagogiques*, voyant, au moment de s'endormir, des bêtes qui couraient sur les murs, ou à sa portée, des objets qu'il tentait de saisir et réclamait ; il conservait encore, au point de vue physique, une impotence relative du membre gauche, qui est allée en s'atténuant depuis, et un léger bégaiement. Huit jours après, se produisit une *rechute*, avec reprise de la température et des hallucinations terrifiantes. Sédation en trois à quatre jours.

Nouvelle rechute d'une huitaine de jours en avril 1937, avec *strabisme interne* de l'œil droit et *ptosis* de la paupière supérieure.

Cet enfant avait été traité, avant ces rechutes, par pyoformine et salicylate de soude per os. Depuis cet enfant présente les accès hallucinatoires que nous avons décrits.

Mais en outre, à la suite de cet épisode infectieux, sont apparus deux ordres de symptômes :

1° Des *absences*, avec pâleur, environ trois fois par semaine. Nous n'avons pas eu l'occasion d'en observer, mais le médecin de cet enfant a assisté à l'une d'elles et a confirmé le diagnostic d'absence.

Il n'y a aucun rapport de fréquence ou d'alternance entre les accès hallucinatoires et les accidents comitiaux.

2° Des troubles du caractère, paraissant bien secondaires à la maladie, car de charmant qu'il était (« mon fils, c'était ma fille », dit la mère) il est devenu coléreux ; cruel envers les animaux (il a pincé la chatte dans la porte) ; *malin* envers les autres enfants, griffant, mordant. Il aurait même tenté d'étrangler son petit cousin.

Parfois, il regrette l'acte commis avec une certaine impulsivité, et nous insistons sur le remords qui évoque la perversion post-encéphalitique.

L'examen pratiqué le 2 août 1937 a montré :

Au point de vue physique : Un enfant en assez bon état général.

Au niveau de son *membre inférieur gauche*, dont il se plaint encore un peu, on n'observe pas de diminution de la force musculaire, pas d'atrophie, mais des réflexes tendineux diminués par rapport à ceux du côté opposé, et un réflexe plantaire en flexion, mais moins nettement qu'à droite.

Les pupilles réagissent à la lumière.

Il n'existe pas de nystagmus, mais une légère gêne à la convergence.

Le fond d'œil est normal.

La ponction lombaire (3 août 1937) montre un liquide normal : albumine : 0 gr. 15 ; lymphocytes : 0,02 ; sucre : 0,70. Benjoin flocculant dans les 8^e et 9^e tubes. Bordet-Wassermann négatif, tant dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien.

Au point de vue mental : Il n'y pas d'atteinte intellectuelle ; au contraire, l'enfant, *bien doué*, réalise presque tous les tests de 5 ans.

Mais il existe des troubles de l'attention provoquée. L'enfant, instable, est incapable de fixer son attention plus de quelques secondes.

Depuis août 1937, cet enfant a reçu :

Un traitement anti-infectieux :

de l'*Purotropine* par la bouche ;

des injections de *iodure de sodium* intra-musculaires.

Soit sous l'influence de cette thérapeutique, soit plus vraisemblablement spontanément, l'état de l'enfant s'est notablement *amélioré*, du moins en ce qui concerne les hallucinations, dont les accès s'espacent.

Les troubles du caractère et les absences sont inchangés.

En décembre 1937, un traitement par le gardénal a été commencé.

En résumé, cet enfant, qui vient d'avoir 4 ans, a présenté, il y a neuf mois environ, une infection mal déterminée, mais qui rappelle étrangement l'*encéphalite épidémique* par ses signes oculaires, les douleurs, les troubles du sommeil, les rechutes, et surtout les troubles du caractère consécutifs, véritable perversion post-encéphalitique.

Les absences ne sont aucunement un argument contre l'hypo-

thèse d'une encéphalite. On sait que des syndromes épileptiques ont été décrits, notamment par M. Laignel-Lavastine, MM. Claude et Lamache, Guiraud et Thomas, etc., etc.

A la suite de cette infection, cet enfant a présenté des *accès hallucinatoires*, où l'onirisme et la confusion semblent s'intriquer : onirisme marqué par les hallucinations terrifiantes, rappelant celles des toxi-infections, de l'alcoolisme, confusion rendue probable par : l'air égaré de l'enfant, l'amnésie consécutive.

Si nous vous avons présenté cet enfant, c'est que son cas nous paraît présenter, à plusieurs points de vue, un *vif intérêt* :

1° Tout d'abord, il est peu fréquent, je dirais même *rare*, d'observer chez un enfant aussi jeune des *hallucinations*, et surtout des hallucinations combinées.

2° On peut discuter l'*étiologie de ces hallucinations* :

On peut penser que les troubles mentaux présentés par cet enfant sont des manifestations *comitiales*. Des équivalents psychiques de l'épilepsie, les accès hallucinatoires de cet enfant ont la brusquerie du début et de la terminaison, l'amnésie consécutive.

Mais ces troubles peuvent aussi relever directement de l'*encéphalite* que, croyons-nous, a présentée cet enfant.

On peut observer et on a décrit dans les formes prolongées de l'encéphalite épidémique des cas analogues chez l'adulte. MM. Truelle et Petit, dans un rapport sur les troubles mentaux de l'encéphalite épidémique, ont signalé, sous le vocable : *ictus confusionnels*, des accès d'une durée de quelques heures, avec onirisme et amnésie totale ou lacunaire.

Il est difficile de conclure. L'amélioration des troubles confusionnels, ne s'accompagnant d'aucune amélioration parallèle des absences, nous semble plutôt en faveur de l'origine directement encéphalique ; mais c'est loin d'être un critère.

M. EV. — Les hallucinations sont très difficiles à mettre en évidence chez les petits enfants. Aussi ce cas est-il très intéressant. Il semble s'agir d'un épileptique. Mais c'est l'occasion de rappeler la notion de l'*eidétisme* ou aptitude à visualiser les souvenirs, aptitude qui, d'après Jaensch, serait fréquente dans l'enfance et s'associerait soit à la constitution basdowoïde, soit à la constitution tétanoïde. Jaensch verrait ici de l'*eidétisme tétanoïde*.

M. BARBÉ. — Je trouve ce cas extrêmement intéressant et c'est pourquoi j'ai conseillé à Mme Leconte-Lorsignol de le présenter. Je lui conseille de continuer à surveiller son évolution et

de ramener l'enfant dans trois ou quatre ans devant la Société. Il s'est agi, en somme, d'un état de confusion mentale en rapport avec une méningite. Le strabisme et les hallucinations en sont les reliquats. Va-t-il évoluer comme un comitial, ainsi que le présagent les absences épileptiques ? C'est à craindre.

M. GUIRAUD. — Ce sujet a eu incontestablement une méningite ou même une méningoencéphalite, et, consécutivement, il est devenu épileptique. C'est généralement ainsi que s'acquiert l'épilepsie. Il n'y a donc pas lieu de penser à une constitution eidétique.

Par ailleurs, il ne faut pas considérer comme de l'encéphalite léthargique tous les états dans lesquels on constate de la somnolence et des paralysies oculaires. N'importe quel agent morbide se localisant sur la paroi du 3^e ventricule ou sur les nerfs moteurs de l'œil détermine un tel syndrome.

M. MARCHAND. — Comme M. Guiraud, je ne pense pas qu'il s'agisse chez cet enfant d'une encéphalite épidémique et je ne crois pas qu'il deviendra plus tard parkinsonien. Nous assistons ici aux premières séquelles d'une affection méningée que l'on retrouve dans les antécédents de nombreux épileptiques adultes. Les parents nous apprennent que ces sujets ont eu dans leur première enfance une affection cérébrale diagnostiquée : « commencement de méningite », puis, plus tard, sont survenus des accidents épileptiques, des troubles du caractère, de l'instabilité et parfois un arrêt dans le développement intellectuel. L'enfant présenté est actuellement manifestement atteint d'épilepsie. Les accidents, comme c'est la règle dans l'épilepsie infantile, sont atypiques. Je trouve particulièrement exceptionnelles les crises hallucinatoires. Leurs caractères tels que début et terminaison brusques, courte durée, me paraissent suffisants pour les considérer comme des équivalents épileptiques.

La séance est levée à 11 h. 15.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 24 Janvier 1938

**Présidence : MM. René CHARPENTIER, ancien président
et A. FILLASSIER, président**

En ouvrant la séance, M. René CHARPENTIER, *ancien président*, souhaite la bienvenue à MM. le Professeur Gregorio BERMAN, de Cordoba, et le Docteur Juan GARAFULIC, de Santiago-de-Chili, *membre associé étranger*, qui assistent à la séance.

Allocution de M. René CHARPENTIER, ancien président

MES CHERS COLLÈGUÉS,

La coutume veut qu'avant de quitter cette place, qu'il doit à votre choix, celui qui l'occupa vous adresse quelques paroles. Cette heureuse tradition me permet de vous remercier une fois encore des longues années pendant lesquelles vous m'avez témoigné une confiance jamais démentie et qui restera l'un des plus chers souvenirs de ma vie professionnelle. L'honneur que vous m'avez fait en m'appelant pendant cette dernière année à la présidence de notre Société est assurément le plus grand que vous puissiez faire. Ceux à qui vous le faites ne sauront jamais vous témoigner assez de reconnaissance.

Dans son rapport annuel, notre très dévoué Secrétaire général, dont l'infatigable activité a conservé une jeunesse que l'intérêt de la Société devrait rendre éternelle, mon vieil ami Paul Courbon, vous a dit combien fécond fut en 1937 le travail scientifique de la Société médico-psychologique. Ce succès est dû, en grande partie, à ses efforts, à sa compétence et à son dévouement. Je n'aurai pas la mauvaise grâce de l'en remercier, tant ces qualités auxquelles tous rendent hommage sont sa personnalité même. Aidé dans sa tâche de chaque instant par nos très dévoués secrétaires des séances, MM. Paul Abély et Paul Carrette, que nous remercions de leur assiduité toujours plus grande, il eut aussi, pour assurer la prospérité matérielle de notre Compagnie, le

concours de notre collègue Georges Collet qui, dans une période économique difficile, a su veiller, avec le succès que vous savez, sur la trésorerie de la Société. A tous quatre vous avez renouvelé votre unanime confiance. A tous, je redis en votre nom nos remerciements reconnaissants.

Les séances de l'année qui vient de s'écouler ont été, en effet, particulièrement fécondes. Parmi tant de travaux importants et dont l'éclectisme montre bien l'intérêt que vous portez à toutes les branches de la neuropsychiatrie, je ne citerai pour exemple que cette discussion sans cesse renaissante sur les hallucinations. Ses comptes rendus seront consultés plus tard à l'égal de ceux des discussions qui eurent lieu ici, sur ce même sujet, en 1855 et en 1856.

Je dois aussi rappeler les deux séances exceptionnelles que vous avez tenues au mois de juillet, pour entendre et discuter le remarquable rapport du Professeur Henri Claude sur l'hystérie, et l'exposé très documenté de notre jeune et distingué collègue Tusques sur les rapports des troubles hypophysaires avec les états d'excitation. Par l'ampleur et la qualité des interventions, par le nombre des collègues étrangers ou français qui y prirent part, ces séances ont leur place parmi celles dont nous conservons un précieux souvenir. Que les collègues, si nombreux, qui vinrent de loin faire part à notre vieille Société de leurs travaux scientifiques, sachent combien nous apprécions leur collaboration, combien notre Société et nos *Annales* tiennent à se tenir au courant de leurs recherches.

En ces temps troublés, où semblent chanceler, çà et là, les valeurs spirituelles et morales les mieux établies, cette communion des savants de tous les pays dans le travail et la recherche du mieux, est la lueur où brille l'Espoir, la flamme où se réchauffe la Confiance dans les Destinées de l'Humanité.

La réunion à Paris, au mois de juillet 1937, de neuropsychiatres du monde entier, fut l'œuvre du Deuxième Congrès international d'hygiène mentale. Fixé à 1937 pour permettre à ses membres d'admirer les réalisations de l'Exposition Internationale des Arts et Techniques, tenue à Paris, le Congrès reçut des délégués et des adhérents de 44 nations. Comme présidents ou membres des divers Comités, comme rapporteurs d'importantes questions, ce furent des membres de notre Société qui prirent la plus grande part à l'organisation et au succès de ce Congrès. Ayant eu l'honneur de présider les travaux des Comités du programme, je tiens à remercier de leur précieuse collaboration nos collègues de la Société médico-psychologique.

L'hygiène et la prophylaxie mentales ne sont assurément pas des inventions modernes. Nous n'oublions pas que les fondateurs de notre Société les avaient, il y a près d'un siècle, placées au premier rang de leurs préoccupations et de leur programme. Mais, actuellement, on entend généralement sous ce nom un ensemble de méthodes de prophylaxie individuelle et sociale, de sélection scolaire ou professionnelle, d'assistance libre et de thérapeutique.

En rapport avec ces tendances, nos établissements publics viennent d'être désignés sous le nom d'hôpitaux psychiatriques. Si le nom d'hôpital veut indiquer l'ambition de traiter et de guérir là où le mot d'asile, dans sa charité, était, peut-être à tort, considéré comme un touchant aveu d'impuissance, c'est bien. Prenons garde, pourtant, de ne pas considérer comme une innovation la réalisation d'un vœu, émis en 1882, à Philadelphie, par Miss Chevaillier. Il y a, en effet, cinquante-cinq ans que Miss Chevaillier demandait à l'« *Association américaine pour la protection des aliénés et la prévention de la folie* », association fondée dès 1879, qu'on substituât à la dénomination d'« asile d'aliénés », le nom d'« hôpital pour les maladies mentales ». Ceci, ajoutait-elle, comme un moyen de « réformer les préjugés répandus dans le public relativement à l'aliénation mentale, de ménager les sentiments des malades et de stimuler l'étude de la psychiatrie ». C'est ce vœu, émis en 1882 par une Américaine, que l'on vient d'exaucer chez nous en 1937.

Je persiste d'ailleurs à penser que l'addition au mot hôpital du qualificatif « psychiatrique » fut au moins superflue. Mieux eût valu donner à chacun de ces hôpitaux le nom d'un aliéniste français. Il est peu de régions de France qui n'ait à garder le souvenir d'un aliéniste ayant contribué aux débuts ou aux progrès de la psychiatrie et à ses réalisations sociales. Son nom eût suffi aux initiés pour caractériser l'hôpital départemental spécialisé ; quant aux malades, on les eût préservés d'un qualificatif un peu voyant et qui va, me semble-t-il, à l'encontre du but poursuivi.

Revenons, si vous voulez me le permettre, au récent Congrès international d'hygiène mentale. Certains ont reproché à son programme son caractère, ont-ils dit, trop médical, trop scientifique. Ayant à cela quelque responsabilité, j'avoue avoir entendu cette critique sans en souffrir. Avec un inoubliable succès, le premier Congrès international s'était tenu sur un continent d'habitudes très différentes des nôtres, où, à juste titre, un plus grand appel avait été fait à des membres d'organisations auxiliaires du plus grand mérite. Ayant ainsi obtenu l'audience du plus grand nom-

bre, il convenait, lors du second Congrès, de conserver celle de l'élite, je veux dire, et vous l'avez compris, du public médical spécialisé. Cette critique, à mon sens peu justifiée, et la lecture de la liste des membres du Congrès, tendent à faire croire que le but visé a été atteint. Il ne l'est peut-être pas encore autant qu'on pourrait le désirer.

Semblables à ces modes féminines que ramènent les saisons et les ans, faut-il penser que les sciences revêtent parfois suivant les époques des aspects différents ? Que serait le domaine de l'hygiène mentale telle qu'on la comprend maintenant si ce n'était celui de la psychiatrie ?

Or, le succès même de la vulgarisation des notions auxquelles sont attachés nos efforts a semblé parfois détourner du mouvement d'hygiène mentale certains de nos collègues. Qu'ils me permettent de leur dire combien regrettable serait leur abstention. Si, estimant peut-être que la psychiatrie tend ainsi à se vulgariser à l'excès, ils se renfermaient dans leurs services et leurs laboratoires, renonçant à l'éducation du public, au contact direct avec lui, qu'obtiendraient-ils, sinon d'abandonner à des incompétences la pratique même de l'hygiène et de la prophylaxie mentales ? Ils seraient ainsi les réalisateurs de leurs propres appréhensions et laisseraient la place libre à des individualités ou à des groupements sans base scientifique et sans expérience professionnelle.

C'est pourquoi je me réjouis du concours sans réserve donné par notre Société à ce récent Congrès, pourquoi aussi je prie ceux de nos collègues jusqu'ici restés à l'écart de ce mouvement de considérer les conséquences possibles de leur abstention. Avec le concours d'organisations auxiliaires zélées, mais dont le zèle appelle une direction, l'hygiène mentale ne peut être dirigée, ne peut être faite que par des psychiatres.

C'est aux nombreux spécialistes, membres de notre Société, qu'il appartient, comme certains l'ont déjà fait avec succès, de se mettre à la tête d'organisations régionales d'hygiène mentale conjuguant leurs efforts. Aucun de nous ne saurait se désintéresser de cet aspect moderne de la psychiatrie sociale. Aucun ne saurait se soustraire au devoir d'instruire un public qui le demande des moyens de se préserver des atteintes de la « folie ».

Le programme du dernier Congrès d'hygiène mentale, les vœux aussi qui furent présentés à la dernière séance de ce Congrès, montrent combien grandit chaque jour dans la Société le rôle du psychiatre. Bien des tâches nouvelles s'imposeront

sans doute à nos successeurs et à nos jeunes collègues. Nous savons qu'ils y sont dès maintenant préparés.

Il faut nous réjouir que les circonstances aient permis le recrutement d'une pléiade de jeunes collègues distingués, prêts à remplacer dignement les anciens dont ils ont reçu l'enseignement. Ces heureuses circonstances, qui ont permis de combler les vides nombreux créés dans le cadre des hôpitaux psychiatriques par des dispositions récentes, pourraient dans l'avenir ne pas se renouveler chaque année.

D'autre part, l'importance croissante du rôle social du psychiatre, de son rôle, en particulier, dans la sélection des individus, aura comme corollaires l'augmentation du nombre des psychiatres et la nécessité d'un recrutement parfaitement sélectionné, à tous points de vue, des psychiatres eux-mêmes. Ces questions, légitime souci d'une Administration très attentive, sont actuellement à l'ordre du jour de nos Associations professionnelles. Au point de vue purement scientifique, et ce n'est là qu'un côté de la question, il semble qu'il y ait lieu de recommander des concours plus fréquents, à nombre de places plus limité, comme il se fait pour le médicament des hôpitaux, concours dont l'accès ne soit pas ouvert avant la quatrième année d'internat.

Excusez-moi d'avoir, en effleurant ces sujets d'actualité, abusé de votre temps et de votre indulgente confiance. Peut-être le pardonneriez-vous au souci qui a inspiré ces paroles, souci de voir notre profession toujours plus digne, toujours plus respectée, inspirer à tous une confiance nécessaire au rôle important qu'elle joue et qu'elle est appelée à jouer de plus en plus dans la société moderne. C'est par le choix sévère des hommes qui ont à l'exercer, de leur savoir, de leur équilibre, de leur pondération, par un contact social toujours plus grand, par la conscience de la grandeur et des dangers de la tâche à accomplir, par la notion des limites de nos connaissances, par la modération des moyens, qu'elle y parviendra le plus sûrement.

Nous aurons cette année, pour présider nos séances, un collègue justement estimé pour ces qualités qu'il a contractées au contact de ce Maître incontesté de la psychiatrie française que fut son beau-père, Valentin Magnan. L'expérience administrative, juridique, médicale du Dr Fillassier, fait de lui le président le plus qualifié, en cette année où nous commémorerons le Centenaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Sa connaissance des textes, sa collaboration active aux projets de modification de cette loi sont connues de tous. Je suis heureux de lui laisser cette place qu'il occupera si bien.

Et je prie M. le Professeur Laignel-Lavastine, élu vice-président, de bien vouloir prendre place au Bureau. Neuro-psychiatre, humaniste, professeur d'histoire de la médecine, M. Laignel-Lavastine présidera, en 1939, les séances de notre Société, qui doit déjà tant à ses travaux si divers et à son érudition étendue.

Allocution de M. A. FILLASSIER, président

MESSIEURS,

En me désignant pour présider vos travaux au cours de l'année qui commence, vous m'avez fait un grand honneur et causé quelque crainte.

Comment n'en serait-il pas ainsi, alors que l'esprit se représente la longue liste des membres éminents, et dont plusieurs illustres, qui occupèrent cette place depuis la fondation de votre Société !

Comment ne pas être étreint par quelque émotion en se voyant dépositaire provisoire d'une telle charge, gardien momentané de tant de traditions !

Aussi me plaît-il de songer que je dois la plus grande part de votre bienveillante sympathie aux liens très chers qui m'attachent à un homme qui fut si longtemps des vôtres, qui, tant d'années, s'associa à vos travaux, à deux reprises les présida, et qu'en m'élisant vous avez voulu marquer que sa pensée vivait toujours parmi vous et que son souvenir demeurerait impérissable dans cette Société que pendant tant d'années il a contribué à grandir !

De cela aussi, Messieurs, de cela surtout, permettez-moi de vous dire merci !

*
**

Magnan fut élu membre de votre Société en 1871, sur le rapport de Legrand du Saulle ; il compta toute sa vie parmi les plus assidus.

N'attendez pas de moi que je vous retrace le tableau de son effort parmi vous, de 1871 à 1916 ; cela a été fait, et par le *D^r Sérieux* dans son admirable ouvrage : « *Magnan, sa vie, son œuvre* », et par votre regretté secrétaire général, le *D^r Ritti*, en des termes définitifs où la documentation du fond le dispute à l'élégance de la forme et à l'agrément de la présentation ; je n'ai rien à y ajouter.

Ce furent des hommages mérités, et combien parmi vous se

souviennent de l'avoir vu, invariablement fidèle à chaque séance, s'asseyant toujours à la même place, à droite du Bureau ; attentif, il écoutait ; intervenait-il, le silence se faisait total, et la déférence qui l'accueillait lui témoignait de l'autorité qu'il avait conquise, de l'affection et de la reconnaissance que vous lui portiez : « Admirable professeur, chef d'école par excellence, entraîneur d'esprits », devait écrire de lui un autre grand clinicien, le Professeur E. Dupré.

Ces sentiments, il vous les rendait bien, et lorsque, après une longue vie de labeur, de dévouement aux malades, l'heure vint où il allait franchir la dernière étape de son destin, c'est vers vous, m'a-t-il toujours semblé, qu'il se tournait lorsque, se voyant perdu, il recommandait : « Dites bien à mes amis qu'ils ne me pleurent pas ; je pense à leur peine et à celle des miens ! »

*
**

MESSIEURS,

J'ai l'agréable devoir de saluer le D^r René Charpentier auquel je succède.

Sa présidence restera parmi les plus brillantes, et mieux que jamais je comprends que succéder ce n'est pas remplacer.

Nous nous connûmes, s'il vous en souvient, mon cher ami, à l'Asile Ste-Anne où vous étiez venu entretenir M. Magnan.

Un hasard heureux voulut que, plus tard, vous fûtes mon rapporteur à la Société, et déjà votre crédit était tel, que je fus élu à l'unanimité.

Je n'ai pas osé, dois-je vous l'avouer, relire le rapport que vous m'aviez consacré ; trop fait de votre amitié, vous m'y avez trouvé sans doute bien des qualités ; elle y a même peut-être entrevu bien des espérances ; à le relire, j'aurais trop peur de ne pas les avoir satisfaites tout à fait !

Depuis 1917, votre vie a été associée à celle de notre Société ; secrétaire des séances, secrétaire général, rédacteur en chef des *Annales médico-psychologiques*, Président enfin, vous avez marqué votre passage par des qualités précieuses d'activité créatrice, d'ordre, de méthode, qui vous rendent inégalable.

Je m'arrête, mais à regret, pour ne pas heurter votre modestie.

Les Pouvoirs Publics ont souligné votre fécond labeur, en vous décorant cette année la rosette d'officier de la Légion d'honneur ; j'ai remarqué que la notice qui accompagne votre promotion au *Journal Officiel* débute par ces mots : « Président de la Société Médico-Psychologique » ; ainsi était inscrite dans son cadre

vosre activité, en même temps qu'était soulignée la place qu'occupe notre Société dans l'estime des autorités nationales.



Et c'est aussi à Sainte-Anne, cher Monsieur Laignel-Lavastine, dans ce Pavillon de l'Admission qui devait devenir le Pavillon Magnan, que nous nous rencontrâmes pour la première fois.

Vous y étiez venu pour y étudier des malades, avec notre ami très cher qu'un tragique destin a enlevé si tôt, le D^r Juquelier ; et puisque son nom se présente à ma mémoire, comment ne pas le saluer au sein d'une Société où il avait tant d'amis !

Riche déjà des succès brillants que la carrière médicale vous avait réservés, de plus grands encore vous attendaient.

Mais votre tâche quotidienne si brillamment remplie, vous ne pensiez pas votre effort terminé, et vous vous consacriez avec une belle vigueur à la défense de la culture classique dont on voulait alléger les programmes ; vous avez résisté à cet ostracisme balayeur et vous avez affirmé la part considérable que l'enseignement moderne doit faire aux civilisations anciennes qui ont bercé le monde et berceront éternellement sa souffrance et ses joies.

Ainsi vous avez montré l'importance du rôle du médecin dans la vie de la Cité : il se recueille et c'est sur elle qu'il se penche pour s'efforcer d'aider à protéger ce qu'il croit bien, défendre ce qu'il croit beau.



C'était au lendemain d'une guerre que de bons esprits — dit-on — déclaraient la dernière : le Congrès des Aliénistes et des Neurologistes des Pays de Langue française se tenait dans nos provinces reconquises ; M. le D^r Courbon en était le secrétaire annuel ; aucun de ceux qui ont assisté à ce Congrès n'a oublié le rôle qu'il y joua, se dépensant sans cesse, se multipliant partout, il en fut l'âme agissante, et, dès ce moment, posa pour quelque jour, et sans s'en douter, sa candidature éventuelle au secrétariat général.

La place qu'il y a prise, sa documentation, sa compétence, son aménité inlassable et dont j'ai déjà abusé au seuil même de ma Présidence, en font pour moi un collaborateur d'un prix inestimable, et, lorsque dans un an je reprendrai ma place parmi vous, ma reconnaissance pour lui aura rejoint mon amitié.



MM. les D^{rs} Paul Abély et Carrette ont le rôle précieux mais un peu ingrat de secrétaires des séances.

Tandis que tous écoutent et que quelques-uns se préparent à intervenir, nos collègues prennent des notes sans répit : heureusement rédigées, elles donneront aux procès-verbaux de nos séances, cette vie qui en rendra la lecture si aisée et si profitable, et portera si loin le renom de notre Société.

Que MM. Paul Abély et Carrette soient remerciés pour le concours qu'ils vont me prêter pendant l'année qui s'annonce !



Avec de tels collaborateurs et votre bienveillance, j'envisage, Messieurs, mon avenir présidentiel avec une certaine sérénité : si sous la présidence de mon ami le D^r René Charpentier, l'année qui se termine fut riche d'enseignements, n'allons-nous pas commémorer le Centenaire de la loi du 30 juin 1838, dont Magnan disait « qu'elle étonne et surprend ceux-là mêmes qui, après l'avoir violemment attaquée, sont appelés à l'examiner et à indiquer les modifications qu'elle doit subir ; à mesure qu'ils l'approfondissent, ils sont forcés de convenir qu'elle est simple, pratique, protectrice et bienfaisante, et que la plupart des réformes projetées sont pour le moins d'une utilité contestable. »

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 9 décembre 1937, et le procès-verbal de la séance du jeudi 23 décembre 1937, sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le professeur COMBEMALE, secrétaire général du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des Pays de langue française, qui invite la Société à se faire représenter à la XLII^e session du Congrès, qui aura lieu à Alger du 6 au 11 avril prochain : la Société désigne comme délégués MM. René CHARPENTIER, COLLET, MARCHAND et PACTET ;

une lettre de M. le D^r Jean ROYER, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Poitiers, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le Dr Marcel DAVID, neurochirurgien assistant de l'hôpital de la Pitié, qui demande à faire partie de la Société comme *membre correspondant national* ; la Société désigne une commission composée de MM. COURBON, MARCHAND et H. BARUK rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu le lundi 28 février 1938.

Commissions des Prix

La Société aurait cette année à décerner le legs Christian et le prix Moreau de Tours.

Legs Christian

Ce legs annuel, habituellement de 300 francs, avait été porté exceptionnellement à 3.000 francs pour les années 1936, 1937 et 1938. Et une clause de son institution stipule que dans le cas où il ne serait pas décerné, une année, le montant en sera reporté à l'année suivante, et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix. Or, en 1936, le candidat qui se fit inscrire ne réunissait pas les conditions requises. En 1937 aucun candidat ne s'est présenté. Et il ne s'en présente encore aucun cette année.

Prix Moreau de Tours

Ce prix biennal à décerner au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, des deux années précédentes, ou à la meilleure des thèses inaugurales, est de 200 francs. Un seul candidat s'est présenté : une commission, composée de Mme MINSKOWKA, et de MM. CODET, RAYNEAU, est désignée pour l'examen de cette candidature. Selon l'usage, les propositions de la Commission seront soumises à la Société à la séance solennelle du 23 mai prochain.

Election d'un membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. Charles BLONDEL, au nom d'une commission composée de MM. ABADIE, Charles BLONDEL, René CHARPENTIER, EUZÈRE et LÉPINE, pour l'examen des candidatures, à une place de membre titulaire déclarée vacante, il est procédé au vote.

Nombre de votants	30
Majorité absolue	16

A obtenu,

M. PFERSDORFF	30 voix
---------------------	---------

M. le Dr Charles PFERSDORFF, professeur de psychiatrie à l'Université de Strasbourg, est élu *membre titulaire de la Société Médico-psychologique*.

Election de quatre membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. X. ABÉLY, au nom d'une commission composée de MM. X. ABÉLY, GOURIOU et MARCHAND pour l'examen des candidatures de MM. les D^{rs} DELMONT, FERDIÈRE, SCHERRER et THUILLIER, il est procédé au vote :

Nombre de votants	30
Majorité absolue	16

Ont obtenu :

MM. DELMOND	30 voix
FERDIÈRE	29 —
SCHERRER	29 —
THUILLIER	29 —

MM. les D^{rs} DELMONT, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Hœrdt, FERDIÈRE, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, de SCHERRER, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul, et THUILLIER, médecin à Amiens, sont nommés *membres correspondants nationaux de la Société Médico-Psychologique*.

COMMUNICATIONS

L'examen de conscience et les voix, par M. Pierre JANET.

Les études que je viens de présenter sur les troubles de la personnalité sociale sont naturellement incomplètes : une nouvelle observation m'offre l'occasion de les préciser un peu et d'insister sur l'interprétation de l'hallucination auditive verbale. Au début du mois d'août, un de nos collègues, M. Pommé, professeur de neurologie et de psychiatrie à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, m'a aimablement offert d'étudier dans son service un cas remarquable d'hallucinations de ce genre qu'il venait de recevoir de l'Extrême-Orient.

1. *Les hallucinations*. — Ignace, h., 35, se présente comme un grand halluciné, tourmenté jour et nuit, surtout le matin et le soir, par des voix critiques et injurieuses qui jugent sévèrement tous ses actes et toutes ses pensées ; ces voix concluent : « Ignace, vous n'êtes qu'un cochon. » Ces voix sont extérieures : il court dans la rue pour surprendre ses persécuteurs, elles ont une sonorité parfaitement distincte et il nomme le commandant, le lieutenant et les camarades qui lui parlent. Cependant, il n'est

guère délirant, il ne comprend pas comment ces voix peuvent lui parvenir, il ne sait pas ce que l'on peut avoir contre lui, il reste actuellement aimable, sans susceptibilité, il est jusqu'à présent un grand halluciné de l'ouïe, presque sans délire.

Ces voix, qui n'existaient aucunement auparavant, auraient commencé subitement au mois de mars dernier, après des fêtes, des jeux fatigants, un voyage de nuit pénible en chemin de fer et des libations probablement excessives. On les a rattachées d'abord à l'épuisement et à l'intoxication, mais elles durent depuis neuf mois, malgré le repos et le régime sévère.

Ignace est le fils d'une grande alcoolique, peut-être dipsomane ; ces ivresses de sa mère ont joué un double rôle par l'hérédité névropathique et par les spectacles navrants qu'elles offraient. Le jeune garçon, à 14 ans, a présenté une grave crise d'obsessions qui a duré plus de deux mois. Il s'interrogeait avec anxiété : « N'est-il pas honteux et déshonorant d'être le fils d'une pareille ivrogne ? » Vers l'âge de 18 ans, la mère a déterminé une nouvelle crise d'obsessions en essayant de le convertir malgré lui au protestantisme. Vers l'âge de 25 ans, à la suite d'un abandon de sa femme, il eut des idées de suicide. Mais, depuis cette époque, il est parvenu à un certain calme, parce qu'il s'est remarié avec une femme très dévouée, dont il a une petite fille très aimée, et surtout parce qu'il a calmé ses scrupules moraux par la pratique d'un examen de conscience conseillé par un bon prêtre. Il consacrait à cet examen deux séances chaque jour, le matin et le soir, chacune d'une demi-heure au moins ; il passait en revue toutes ses actions, prétendant les juger sévèrement, il se traitait lui-même de « cochon » et s'imposait de petites pénitences faciles et réconfortantes.

Les voix actuelles ont exactement le même contenu et souvent les mêmes expressions que les examens de conscience, elles apparaissent aux mêmes heures ; mais le malade n'admet pas qu'elles soient de la même nature. Nous avons ici l'occasion de comparer les paroles externes des voix avec les pensées intérieures de l'examen et de préciser leurs caractères différents.

2. *Les caractères des voix.* — 1° Les sentiments sont fort différents : dans les examens de conscience il y avait une satisfaction tranquille et même une certaine fierté, les pénitences étaient faciles et l'espoir d'amélioration persistait, dans les voix il y a un sentiment odieux d'irréparable sans issue possible. — 2° La croyance à la vérité de ces jugements sévères était beaucoup moins grande, car ils étaient toujours facilement révisibles. La croyance à des jugements exprimés par les autres est bien moins

facilement modifiable, elle s'impose du dehors. — 3° Les premiers jugements dépendaient uniquement de lui-même, étaient inventés et formulés par lui, tandis que les seconds dépendent d'individus étrangers qui les inventent à leur fantaisie et qui le surprennent comme des choses ignorées par lui, auxquelles il ne pensait pas: c'est l'objectivation à la place de la subjectivation. — 4° Ce changement amène un caractère très important, la suppression de la liberté. Une certaine liberté subsistait dans l'examen qui pouvait être commencé, arrêté et même transformé au gré du sujet, tandis que dans les voix domine la contrainte. Ce n'est pas que dans l'hallucination apparaisse complètement le sentiment de non-crédation, de non-action, dont parlait ici-même M. Abély. Celui-ci me paraît rapprocher beaucoup trop l'hallucination de la perception des objets matériels qui nous offrent aussi une certaine résistance. J'ai d'ailleurs commis au début la même erreur, nous étions sans doute trop entraînés par la définition célèbre d'Esquirol. La résistance que nous offre la perception des objets matériels est une résistance absolue en rapport avec le schéma que nous possédons de ces objets et qui ne peut pas disparaître sans que l'objet soit transformé. La résistance que nous offre la perception des autres hommes est très différente: c'est une résistance momentanée, variable, qui ne dépend pas de leur schéma et qui peut disparaître sans que leur nature d'homme, ni même leur nom soit changé, c'est la résistance d'une action qui nous est opposée et non celle de la nature d'un objet. Or, l'hallucination nous offre une résistance active de ce dernier genre, c'est une contrainte humaine qui enlève la liberté précédente. Le malade halluciné n'est pas sans action, sans création personnelle, il fait une autre action, il écoute, il discute, il lutte. Comme cette nouvelle action lui est pénible, car ce n'est pas celle qu'il voulait faire, il a un sentiment de contrainte à la place du sentiment de liberté. — 5° L'apparence perceptive est très différente: l'examen de conscience était intérieur dans l'esprit du sujet, les voix sont situées à l'extérieur. — 6° Cette extériorité se présente comme celle de voix humaines différentes de la nôtre, reconnaissables, auxquelles on peut assigner un nom. Le malade ne cherche pas précisément au-dehors leur cause, ce qui est trop compliqué et d'un autre niveau. Il cherche à compléter la voix entendue, qui n'est qu'un élément, une appartenance d'un ensemble qui serait le socius. Les choses se passent comme dans l'audition du téléphone, quand on cherche à mettre un nom sur la voix que l'on entend. — 7° Le caractère que le malade trouve essentiel, c'est que l'examen était une pensée sans bruit, tandis que les voix ont une véritable sonorité

sensible. C'est l'esthésie dont parlait ici-même M. Guiraud, l'été dernier. Ajoutons que les voix d'Ignace sont toutes localisées dans le groupe de personnes qui vivaient avec lui en Chine à un moment particulier. — 8° Au caractère du son des voix, je voudrais ajouter le ton des voix qui sont loin de répéter exactement les mots de l'examen de conscience. Les expressions employées par les voix étonnent le malade qui veut bien s'appeler lui-même un salopard, mais qui ne veut pas être traité de saligaud. — 9° Les expressions et même les idées exprimées par les voix semblent au malade étrangères à sa pensée, il ne les aurait pas inventées lui-même. C'est une remarque faite par beaucoup d'hallucinés qui justifient ainsi leur interprétation : « Les voix me révèlent des choses que je ne pouvais pas savoir moi-même. » C'est ce qui joue un rôle dans tous les sentiments d'inspiration, de révélation, qui se présentent souvent sous la forme d'hallucinations.

Ces neuf caractères peuvent être répartis en deux groupes : ceux qui dépendent de l'esthésie et ceux qui dépendent de l'objectivation à la place de la subjectivation. Les changements et les transitions curieuses que présente le malade, surtout à la fin de la crise, peuvent nous donner quelques indications sur l'importance relative de ces deux groupes, sur celui qui paraît plus important dans la genèse du délire.

3. *Les transitions.* — Les passages de l'examen de conscience aux voix, qui étaient essentiels au début, sont pour nous peu instructifs, car ils sont trop rapides et ne nous montrent pas de réapparition graduelle des symptômes. Mais des transitions très intéressantes sont celles qui font passer le malade, grâce à des efforts d'attention et par une sorte de récupération personnelle des voix, à l'examen de conscience. Ces transitions sont difficiles, lentes et graduelles. Un premier progrès a permis à Ignace de récupérer les idées, de se rendre compte que les idées exprimées par les voix sont bien les siennes. Les voix n'ont pas cessé pour cela, elles sont seulement moins indépendantes ; elles ne parlent plus pour leur propre compte, elles répètent seulement des idées qui, d'un autre côté, appartiennent aussi au sujet. C'est l'hallucination, en écho, un degré inférieur de l'hallucination, comme le remarquait déjà de Clérambault.

Un nouveau progrès récent est fort curieux ; le malade prétend avoir récupéré le son des voix. Il nous explique qu'il a toujours eu du talent pour imiter les voix et qu'il obtenait des succès au mezz en mimant devant ses camarades la tenue et la voix du commandant ou du lieutenant. Il sent maintenant de temps en

temps que le son des voix qu'il entend comme leur ton est produit, est fait par lui-même. Cela nous amènera à étudier encore, comme je l'ai déjà fait à propos du délire d'Alexandre, ce jeune soldat qui pendant la guerre se croyait le généralissime (1), le rôle du jeu dans le délire. Mais Ignace ne se sent pas encore revenu à l'examen de conscience, car il se sent encore contraint par une action humaine extérieure à jouer ce rôle. Il n'a obtenu qu'une propriété en commun, une propriété indivise, qui nous ramène seulement aux sentiments d'emprise, aux sentiments de désappropriation partielle. Si nous recherchons l'importance relative de l'esthésie et de l'objectivation sociale, nous voyons que l'esthésie se réduit et qu'elle tend à disparaître, quand le trouble essentiel persiste ; ce qui reste, en dernier lieu, c'est l'objectivation.

Comment pouvons-nous nous représenter le mécanisme psychologique qui fait passer le malade de l'examen de conscience aux voix ? Les actions sociales sont toujours des actions doubles qui contiennent à la fois le rôle du sujet et le rôle du socius. Dans l'examen, qui est une action sociale, une forme des actes de valorisation sociale, il y a forcément l'examineur et l'examiné, qui n'ont ni les mêmes actes, ni les mêmes sentiments. Dans ces deux conduites, Ignace fait à la fois les deux rôles, mais, dans l'examen de conscience, il combine les deux rôles dans la conduite intermédiaire de l'examineur indulgent et partial, et, en outre, il porte son attention exclusivement sur le rôle de l'examineur et néglige le rôle de l'examiné, qui n'est là que pour donner la réplique. Dans les voix il n'est plus capable de combiner les deux rôles sous la forme intelligente d'un acte intermédiaire, il passe complètement à l'un des actes extrêmes et il est uniquement un examiné avec tous les inconvénients et les sentiments attachés à ce rôle. C'est ce qui amène tout le reste, l'angoisse, l'absence de liberté, la contrainte, l'attitude réceptive du être parlé au lieu du parler, la réception de critiques inattendues, le sentiment des condamnations inévitables sur un ton inconnu : Ignace ne sera plus un salopard, mais un saligaud.

Reste le son des paroles entendues, la fameuse esthésie des hallucinations : si le sujet sentait, en se représentant l'examen, qu'il prononce lui-même les questions, il serait examineur et non examiné, il doit les entendre. « Se représenter une formule verbale injurieuse, disais-je autrefois (2), sentir qu'elle nous est

(1) *De l'angoisse à l'extase*, 1926, II, p. 434-437.

(2) *Journal de psychologie*, mai 1932, p. 420.

imposée, que nous lui obéissons, puisque nous sentons l'humiliation, sentir qu'en nous la représentant nous sommes parlés, qu'elle vient du dehors, d'un autre homme, n'est-ce pas ce qu'on exprime d'ordinaire par le mot entendre. » Chez Ignace, l'intensité sonore des voix diminue considérablement à mesure que les autres caractères de l'objectivation disparaissent. M. F. Morel, de Genève, remarquait aussi que « l'intensité sonore de l'écho n'est pas une qualité de l'audition, mais qu'elle est fonction d'un certain achèvement de l'articulation verbale » (1) ; je dirai d'un achèvement de l'objectivation elle-même, et, quand cette objectivation devient défaillante, le sujet commence à se rendre compte qu'il produit lui-même le son, par une sorte de comédie, sans arriver encore tout à fait à l'attitude intellectuelle du comédien.

Le problème consiste alors à comprendre pourquoi, à un moment donné, l'attitude complexe de l'examen de conscience s'est ainsi renversée et pourquoi le malade a commencé cette objectivation sociale. Le point de départ de ce changement est d'abord une modification générale en rapport avec la fatigue, l'intoxication et une grave émotion, un abaissement de la tension psychologique, qui a rendu le sujet incapable de la combinaison intermédiaire et intelligente de l'examineur partial, et qui l'a ramené au niveau de la croyance sentimentale. Mais il y a surtout un incident émotionnant qui a réalisé cet abaissement et qui a tourné l'esprit déjà prédisposé vers le rôle de l'examiné. Au dîner, qui a précédé le trouble de 24 heures, la mauvaise conduite d'Ignace à table a déterminé des protestations de ses camarades, qui lui ont durement reproché son état d'ivresse, ses grossièretés et qui l'ont fait taire.

Après une courte période de rumination, ou mieux de moratoire, qui apparaît toujours après les émotions, Ignace n'a plus pu conserver dans ses examens habituels la position d'examineur, il a été forcé de prendre la position d'examiné et de condamné. Nous retrouvons ici nos anciennes études sur les réminiscences traumatiques et sur les cicatrices psychologiques longtemps persistantes, et l'obsession de l'examen de conscience est devenue pour quelques mois l'hallucination auditive verbale.

Il s'agit d'un psychasthénique en instance de délire de persécution. Son observation nous montre, une fois de plus, le passage des obsessions sociales aux délires sociaux et le rôle prépondérant de l'objectivation sociale.

(1) F. MOREL. — L'écho de la lecture. *L'Encéphale*, janvier 1934, p. 25.

Je remercie encore M. Pommé qui a bien vu l'intérêt de ce cas et qui a été assez aimable pour m'offrir l'occasion de l'examiner.

M. Henri BARUK. — L'exposé si intéressant de M. le Professeur P. Janet ouvre de multiples problèmes de la plus haute importance. Nous en retiendrons surtout deux sur lesquels notre attention a été maintes et maintes fois attirée.

C'est d'abord la question des *troubles de la contention de la pensée intérieure*. Nous avons insisté de nombreuses fois sur l'étude psycho-physiologique de ces troubles. Nous avons observé un certain nombre de cas de psychoses hallucinatoires superposables à celui que vient de rapporter M. Janet, et dans lesquelles les hallucinations ne faisaient qu'objectiver la pensée intime du malade. Par exemple, nous avons étudié une jeune femme qui, après une période de dépression nerveuse et quelques troubles labyrinthiques, fut prise brusquement d'hallucinations auditives dans lesquelles sa voisine lui reprochait d'avoir contaminé sa fille de la tuberculose. Cette femme soignait depuis plusieurs années son mari atteint de tuberculose pulmonaire grave : sa voisine venait souvent la voir accompagnée de sa petite fille. Or, notre malade craignait toujours, nous dit-elle, qu'on puisse lui reprocher d'avoir contaminé cette petite fille. Elle entendait donc en somme ses propres craintes dans ses hallucinations. De tels faits sont fréquents, et, dans un ouvrage actuellement en cours d'impression (1), je rapporte une série de faits détaillés relatifs à cet ordre de troubles.

Mais je crois qu'il ne faut pas envisager ces troubles de la contention de la pensée intérieure uniquement dans un cadre nosographique rigide. Il s'agit là, en effet, d'un *trouble de fonction* et d'un *trouble de fonction cérébrale* qui peut se réaliser suivant une gamme d'intensités et de modalités différentes dans les divers syndromes.

Au degré le plus léger, la sortie de la pensée intérieure se heurte immédiatement à un barrage, à une réaction de défense extrêmement vive, avec anxiété. C'est l'obsession (2).

A un degré de plus, le malade a l'impression que sa pensée intime sort malgré lui, et que, par conséquent, elle peut être connue. C'est souvent l'ébauche d'un syndrome d'influence, mais dont le point de départ n'est encore qu'une impression subjective.

(1) H. BARUK : *Psychiatrie Médicale*, 1 vol., Masson (sous presse).

(2) Nous avons spécialement étudié ces troubles de la contention de la pensée intérieure dans les obsessions dans un travail du *Bulletin Médical* (oct. 1931).

A un degré un peu plus marqué, la pensée intérieure sort réellement et se projette dans l'hallucination. Le malade l'entend répéter.

A un degré encore plus accentué, cette projection de la pensée intérieure est directe : la pensée intime sort à pleine bouche et automatiquement. C'est le syndrome que j'ai désigné sous le nom de « *syndrome de la pensée parlée* » (janvier 1933), syndrome que l'on observe fréquemment dans les états paranoïdes.

Mais, dans tous ces aspects de sortie de la pensée intérieure, le trouble psychologique nous apparaît comme la résultante d'une perturbation cérébrale : nous avons pu en effet saisir sur le vif cette irruption de la pensée intérieure suivant des modalités diverses au cours même du paroxysme épileptique (1), nous avons pu maintes fois saisir l'apparition de ce fléchissement de la contention de la pensée intime en rapport avec des toxoinfections variées, des intoxications, des poussées d'hypertension intra-cranienne. C'est pourquoi nous estimons que l'étude de ces phénomènes ne doit pas être seulement psychologique, mais *psycho-physiologique*, et qu'il s'agit là d'une fonction cérébrale particulière dont le fléchissement ouvre des horizons très importants non seulement sur le problème des hallucinations, mais sur la psychiatrie tout entière.

Une autre question soulevée par l'exposé de M. Janet a trait à l'apparence de comédie donnée par certains malades mentaux. Nous avons insisté un grand nombre de fois sur cette apparence, notamment dans nos études sur la catatonie. Nous avons montré que beaucoup de manifestations et de démonstrations de ces malades correspondaient à une *attitude qu'ils avaient adoptée*. Fait encore plus significatif, après leur guérison, ils déclarent presque toujours *qu'ils réalisaient eux-mêmes leurs troubles*. On pourrait croire à première vue à une sorte de simulation. Et cependant il n'en est rien. S'il s'agit d'une attitude d'apparence volontaire, cette attitude est imposée au malade par l'état morbide. Il est obligé de s'y conformer, comme s'il recevait un ordre impératif et incoercible. Par conséquent, cette apparence volontaire n'est qu'une illusion d'optique, et il s'agit bien d'un trouble subi. Malgré cela, *certain malades s'accusent à tort d'avoir simulé* : tel ce malade que j'ai observé avec Tinel et qui, au cours de paroxysmes d'hypertension intra-cranienne, présentait une hallucination psychique, dans les prodromes de cri-

(1) Cf. *Epilepsie et troubles de la pensée intérieure. « La pensée parlée » et le syndrome paranoïde d'origine comitiale*, Ann. médico-psychol., n° 1, janvier 1933.



ses épileptiques. S'il admettait bien que tous ses autres troubles étaient organiques, il croyait que cette voix qui lui venait dans la tête était liée à une autre suggestion. Il disait que c'était lui qui la provoquait. Et cependant ces phénomènes psychologiques, dont le parallélisme avec les poussées comitiales et hypertensives était frappant, disparurent après la trépanation décompressive !

Il faut donc être prudent avant d'interpréter ces aveux des malades, et il faut se rappeler que, pour le médecin comme pour le malade, l'hypothèse d'un trouble psychologique, d'une perturbation de la pensée ou de la volonté, liée à une atteinte somatique, apparaît très souvent inconcevable. C'est ainsi que certains malades font, à tort, figure d'accusés et s'accusent eux-mêmes ! Il est inutile d'insister sur l'importance de ces notions tant au point de vue clinique que physiologique et médico-légal.

M. POMMÉ. — Je pense que pour compléter les très intéressantes considérations que ce cas a inspirées au Professeur Janet, il y aura lieu d'amener le malade lui-même devant la Société. J'espère pouvoir le faire un jour.

M. BRISSOT. — Comme M. Pommé, je crois qu'il serait très intéressant de présenter ce malade que j'ai eu l'occasion d'examiner moi-même longuement au Val-de-Grâce. Moi aussi, je me suis demandé s'il ne jouait pas la comédie. J'ai été frappé par le peu de désir qu'il manifestait à l'égard d'une occupation quelconque. Et je crois que la meilleure thérapeutique de tels états est l'obligation d'un travail quelconque, états qui, par l'oisiveté, s'éternisent une fois que la désintoxication a eu lieu.

L'insulinothérapie des schizophrènes réfractaires à la cure habituelle, par M. H. BERSOT, du Landeron (Suisse).

On sait que la thérapeutique par l'insuline est essentiellement efficace dans les cas à forme paranoïde, hallucinatoire, qui durent depuis moins d'un an. Est-ce à dire qu'il faille renoncer à traiter les cas où la maladie est de plus longue durée ? Si on était enclin à le penser il y a un an encore, on ne le pense plus aujourd'hui, car on a remarqué que certaines modifications de la technique permettaient d'améliorer des cas qui paraissent totalement réfractaires à l'insulinothérapie. Il ne s'agit certes pas de toucher aux grandes lignes du traitement indiqué par Sakel. Cette technique est suivie presque partout ; prudente et

sévère, elle donne au psychiatre une grande sécurité et rend l'insulinothérapie pas plus dangereuse qu'une cure de fièvre ou de sommeil.

Lorsqu'on constate que la cure pratiquée selon le schéma de *Sakel* ne donne pas le résultat espéré et que l'on veut accentuer l'effet de l'insuline, on peut, selon notre expérience, avoir recours à l'une des méthodes suivantes :

- 1° Le choc prolongé.
- 2° La cure prolongée.
- 3° L'association avec le cardiazol.

LE CHOC PROLONGÉ. — Le *choc prolongé* (« der protrahierte Shok »), appliqué dans les cas très résistants, consiste en une prolongation du coma durant parfois toute la journée.

Kraulis, de Riga (1), avait remarqué déjà que certains schizophrènes anciens s'étaient guéris ou fortement améliorés dès le moment où, pour une cause fortuite, ils n'avaient pu être sortis du coma au terme habituel et où le coma s'était prolongé durant encore plusieurs heures. De là à tenter volontairement la prolongation du choc pour accentuer son action curative, il n'y a qu'un pas vite franchi... et c'est ainsi que le *choc prolongé* a été érigé en méthode thérapeutique.

Dans les formes hébéphréniques, ou chez les schizophrénies anciennes que l'on peut prévoir réfractaires au traitement habituel, on fera durer le coma 8, 10 ou 12 heures. Comme une hypoglycémie trop prolongée risque de provoquer des modifications irréversibles dans l'organisme et de devenir ainsi très dangereuse, on administrera au malade, dès la 4^e heure de l'hypoglycémie, de petites quantités de sucre (10-15 gr.) suffisantes pour relever la glycémie et éviter les complications dangereuses (troubles respiratoires, crises épileptiques, crampe de la glotte, etc.), mais insuffisantes toutefois pour supprimer le coma. Il faut évidemment procéder par tâtonnements, car les malades varient beaucoup quant à leur comportement glycémique. Le sucre sera dosé dans chaque cas avec soin et suivant les réactions du malade. Ce dernier restera surveillé de très près durant tout le coma qui devra être paisible et profond, et qu'après 10 ou 12 heures, on interrompra par l'administration d'une plus forte dose de sucre.

Déjà quelques auteurs citent des résultats très encourageants

(1) Les travaux cités dans ce travail se trouvent tous dans le volume publié par la Société Suisse de Psychiatrie: « Die Therapie der Schizophrenie. Insulinshok, Cardiazol. Dauerschlaf », chez Orell Fussli, Zurich, 1937.

obtenus par cette méthode dans des cas où l'insulinothérapie habituelle était restée sans résultats. *Le « choc prolongé » est recommandé surtout dans les cas dont la maladie dure depuis plusieurs années et revêt une forme hébéphrénique ou hébéphréno-catatonique.*

LA CURE PROLONGÉE. — Au lieu de prolonger le choc journalier, on peut aussi prolonger la *durée de la cure*.

En général, la cure dure deux à trois mois. Müller a montré que pour les cas durant depuis moins d'une demi-année le maximum de rémissions s'obtenait après 40 jours de cure. Pour les cas de plus longue durée, le maximum s'obtenait au 60^e jour. Il en conclut que le traitement doit durer *au moins 60 jours*. En règle générale, on le fait durer 3 mois au moins avant de l'abandonner.

Pour notre part, nous estimons que *dans les cas réfractaires, il est indiqué soit de la prolonger encore deux ou trois mois, soit de la recommencer même à deux ou trois reprises*. Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas suivants :

1. — *Madeleine C.* Née en 1907. Développement normal jusqu'à l'âge de 20 ans. Devient alors instable, impatiente, nerveuse, colérique. Fait une tentative de suicide, veut devenir infirmière, mais se lasse de l'étude, se rend de plus en plus insupportable à la maison par son instabilité, sa brusquerie, devient bruyante, a des hallucinations, s'agite, fait de nouvelles tentatives de suicide et doit être internée en 1933. Négativisme, refus de nourriture, agressivité, dissociation, hallucinations cénesthésiques, auditives et visuelles terrifiantes, etc. Puis longue période stuporeuse avec fort négativisme et, de temps à autre, impulsions au suicide ou agressives, violentes et brusques.

La première cure d'insuline de juin à septembre 1936, avec une dose maximale de 110 unités, provoque, pendant les deux semaines suivantes, une légère diminution des hallucinations et rend la malade un peu plus sociable. Mais bientôt l'agitation recommence avec une grossièreté de langage inouïe, des cris : « à l'assassin », « au secours ». La malade se sent électrisée, empoisonnée.

Dès le début de novembre : *deuxième cure* (avec dose journalière maximale de 55 unités) prolongée jusqu'en février. La malade est alors plus lucide, parvient à s'occuper à des travaux manuels, va et vient normalement, prend part à la vie commune de la clinique, sort en promenade, mais reste très susceptible et colérique. On la garde encore tout le mois dans la quatrième phase. De temps à autre recrudescence des hallucinations terrifiantes et de l'agitation. Après deux semaines de calme, on décide de tenter un retour à la maison. Mais la malade s'agite en voyage, et doit réintégrer la clinique.

On entreprend alors une *troisième cure*, de mai à septembre 1937,

avec une dose maximale de 20 unités. Au cours de cette cure, les hallucinations finissent par disparaître complètement. La malade devient paisible, ordonnée, normalement sociable. Elle est rentrée il y a deux mois dans sa famille qu'elle avait quittée il y a cinq ans, et s'y comporte normalement.

2. — *Willy C.* Né en 1893. Malade depuis deux ans : peu à peu s'est installé un délire de persécution, une obsession du doute et du scrupule. Une tentative de suicide oblige à l'interner. Il devient agité, inquiet, parfois révolté, se croit constamment électrisé par des ondes, trompé, suggestionné à distance, etc... Il présente aussi d'abondantes obsessions hypocondriaques. De mai à mi-août, *cure d'insuline* (avec une dose maximale de 220 unités). Le malade devient apaisé et raisonnable, va passer deux semaines de vacances dans les Alpes avec sa femme et son fils. Mais à la fin du séjour, redevient anxieux et tourmenté, se sent de nouveau influencé par les ondes, de l'électricité, recrudescence des obsessions, du doute, etc...

Deuxième cure d'insuline avec une dose maximale de 120 unités durant neuf semaines. Le malade se tranquillise de plus en plus, se comporte finalement à peu près normalement. Depuis deux mois il est très amélioré dans sa famille.

Dans chacun de ces cas, la 2^e et la 3^e cures ont exigé une dose d'insuline moins forte que la première. Dans le premier cas, on a pu descendre de 110 à 55, puis 20 unités. Dans le deuxième cas, de 220 à 120. Une première cure a donc la propriété de *sensibiliser le malade* pour les cures suivantes. Après chaque cure, l'état de nos malades s'est amélioré davantage, ce qui nous encouragea à persévérer.

Un intervalle d'un mois au maximum entre les cures successives est recommandable pour permettre au malade de réaliser l'amélioration produite, de reprendre contact avec son entourage, de comprendre mieux le pourquoi de cette cure, et d'en accepter plus facilement le renouvellement si une recrudescence des manifestations morbides l'exige.

Pour chacun de ces cas, le *choc prolongé* (protrahierter Shok) journalier aurait été impossible. La première malade présentait très rapidement des symptômes végétatifs prononcés, vomissait malgré l'atropine et ne supportait pas la sonde stomacale à demeure. Le second malade ne pouvait être maintenu qu'au maximum une heure dans le coma. Sitôt qu'on prolongeait davantage le coma une crampe de la glotte et des spasmes respiratoires apparaissaient exigeant une interruption immédiate de l'hypoglycémie. Ces exemples montrent que *dans certains cas, il y a lieu de recommencer une cure d'insuline même là où*

une première cure semblait n'avoir abouti à aucune amélioration.

LA CURE COMBINÉE. — Le troisième moyen d'intensifier l'action de la cure d'insuline est de combiner cette cure avec la thérapeutique par le *cardiazol*. Cette combinaison des deux cures a son origine dans le fait que certaines améliorations ou rémissions avec l'insuline se sont produites très manifestement après que le malade eut eu une ou plusieurs crises convulsives. Depuis les remarquables travaux de *v. Meduna*, on savait que le *cardiazol* est un très bon moyen convulsivant, efficace aussi dans les cas de schizophrénie, mais, au contraire de l'insuline, plutôt dans les formes catatoniques et stuporeuses.

Malheureusement cette thérapeutique présente le gros inconvénient d'être très pénible au malade. La phase préparoxystique s'accompagne le plus souvent d'une sensation d'angoisse, « c'est comme si j'allais mourir », disent les malades. Cette angoisse mortelle, le malade s'en souvient et la redoute d'une injection à l'autre. Elle peut devenir si violente qu'elle suscite une insurmontable répulsion à l'égard du traitement... quand ce n'est pas une résistance active et violente qui rend impossible la continuation de la cure.

Nous avons déjà cité ailleurs les analogies que présentent les symptômes moteurs dus à l'insuline et au *cardiazol* (1). Cette analogie, ainsi que l'a observé *Georgi* d'Yverdon, se retrouve lorsqu'on analyse les processus pathophysiologiques : leucocytose pendant l'insulinisation et pendant l'accès convulsif du *cardiazol*, variation du quotient calcium-potassium, de la sédimentation globulaire, etc... Il a démontré qu'au cours de l'hypoglycémie insulinique, il se produisait d'abord une baisse du sucre plasmatique sanguin, puis, seulement après une à deux heures, une baisse de la glycémie cellulaire et tissulaire. Il y a donc, au cours de l'hypoglycémie, un moment où la différence entre la glycémie du plasma et la glycémie cellulaire est maximale. C'est à ce moment-là (« Wendepunkt ») entre une ou deux heures après l'injection d'insuline que se produisent le plus fréquemment les crises épileptiques spontanées à influence favorable sur le cours de la maladie, tandis que les crises survenant à la fin du coma ou même après n'ont pas la même influence.

Ces constatations ont induit *Georgi* à pratiquer la cure dite « combinée » où le *cardiazol* est appelé à la rescousse pour

(1) H. BERSOT : *Ann. méd.-psychol.*, 1937, II, n° 4. Comptes rendus du Congrès des Aliénistes et Neurologistes, Nancy, 1937.

accentuer l'action de l'insuline. Cette cure se pratique de la manière suivante :

1. Injection d'insuline à la dose habituelle pour provoquer le coma, et cure selon *Sakel* pendant une à deux heures.

2. Au bout de ce temps : provocation d'une crise épileptique par injection de cardiazol (2-3 cc. à 10 %). Grâce à l'insulinisation, le malade ne ressent pas l'angoisse qui précède habituellement la crise convulsive. Cette dernière s'obtient plus facilement et avec la moitié moins de cardiazol, comme si l'organisme avait été sensibilisé par l'insuline.

3. La cure d'insuline se poursuit tous les jours, sauf le dimanche ; deux fois par semaine, on la complète par une injection de cardiazol. Si le malade paraît trop éprouvé par la crise convulsive, on suspend la cure d'insuline le lendemain.

4. Après l'administration de cardiazol, l'hypoglycémie est interrompue dans la demi-heure qui suit la crise. Souvent le malade est, après la crise, en état de boire lui-même la solution sucrée. Si ce n'est pas le cas, on lui administre le sucre par la sonde stomacale ou par injection intraveineuse.

Bien que les résultats obtenus par cette méthode n'aient pas encore été publiés en grand nombre, elle est déjà expérimentée dans plusieurs établissements de notre pays avec des résultats très encourageants. Nous n'en voulons pour preuve que les deux cas suivants :

Marthe R. 30 ans ; de caractère vif et enjoué, elle vécut très normalement jusqu'en été 1936, active et dévouée, choyée par son entourage. Il y a un an et demi, elle commence à manifester des idées de persécution, demande qu'on la tue pour qu'elle échappe aux menaces qu'elle sent peser sur elle. Elle s'agite, doit être internée durant quatre mois. Des fugues et de l'agitation font échouer une tentative de retourner à la maison. Nouveau séjour de cinq mois dans une maison de santé. Nouvel échec d'une tentative de retour dans la famille par suite de grave tentative de suicide et fugues.

A son arrivée chez nous, la malade est pâle, amaigrie, ne s'alimente que difficilement, elle est anxieuse, égarée, tente constamment de s'enfuir ou de se suicider. Ses discours sont confus, incohérents, marqués par une forte dissociation des idées et de dédoublement de la personnalité. Les nuits sont agitées. La malade doit être soumise à une surveillance de tous les instants.

Cure d'insuline durant deux mois, où l'on monte jusqu'à 120 unités, sans autre résultat qu'un certain apaisement et une augmentation de la sociabilité de la malade qui reste encore passablement incohérente, figée dans un mysticisme confus, avec des impulsions au suicide, des tentatives de fugues, etc...

L'injection de 0,3 *cardiazol* provoque une violente crise épileptique. On la répète à quatre reprises les deux semaines suivantes... et l'on voit la malade rapidement s'apaiser et devenir raisonnable. Elle mange avec un bon appétit, se met à jouer au bridge convenablement, écrit à sa famille des messages cohérents, ne parle plus de suicide, se comporte sagement lors des promenades, devient coquette, fait des projets d'avenir, reçoit très gentiment les membres de sa famille. Elle rentrera chez elle dans une semaine.

César M. 33 ans, négociant. Vécut normalement jusqu'à la fin de l'été 1936. On remarque à ce moment-là qu'il devient morose, taciturne, songeur ; parfois il est brusque avec la clientèle et avec ses employés. Des vacances ne l'améliorent pas. Il travaille de moins en moins, finit par ne plus s'occuper du tout de son entreprise, a des accès de lamentation bruyante et stéréotypée ; mutisme et négativisme s'installent. Un brusque accès d'agitation oblige à l'interner en septembre dernier : négativisme complet, mutisme, refus d'alimentation, parfois accès subit d'agressivité. Au bout de deux mois le malade nous est amené dans ce même état.

Cure d'insuline durant un mois sans résultat. On entreprend alors la *cure combinée*. Après la première injection de *cardiazol* (0,45), qui provoque une forte crise, le malade sort de sa torpeur pendant quelques minutes, il boit de lui-même son thé sucré, adresse quelques mots à son infirmier. Après les injections suivantes, il se dégourdit de plus en plus. Il reçoit au total six injections suivies de fortes crises. A l'heure actuelle, il est normalement sociable, dégourdi ; il travaille, joue avec les autres pensionnaires, dort et mange bien, reçoit avec plaisir les membres de sa famille. Il est cette semaine dans la quatrième phase de l'insulinothérapie, et rentrera à la fin du mois dans sa famille.

La cure combinée par l'insuline et le cardiazol est donc un moyen efficace et énergique d'attaquer le processus schizophrénique. Elle réalise la thérapeutique par les convulsions préconisées par v. Meduna, mais sans souffrances, ni angoisses, pour le malade, ainsi que la cure insulinique de Sakel. Elle est donc indiquée dans les cas où la trop forte résistance du malade rend impossible la thérapeutique par le cardiazol seul, ainsi que dans les cas où l'insulinothérapie habituelle ne suffit pas, c'est-à-dire surtout chez les schizophrénies à forme catatonique ou hétéro-catatonique.

*
**

Les modifications que nous venons de signaler aux cures classiques de Sakel et von Meduna montrent que les indications de ces méthodes thérapeutiques tendent à se préciser. Elles nous

autorisent à faire bénéficier de ces traitements des cas qui, de prime abord, semblaient devoir être réfractaires.

On peut envisager qu'au cours des années à venir, les indications des thérapeutiques convulsivantes, par l'insuline et le cardiazol, iront en se précisant toujours davantage et qu'ainsi le psychiatre, mieux armé, parviendra à lutter plus efficacement contre chacune des formes de la schizophrénie.

M. RONDEPIERRE. — L'exiguïté des veines chez la femme oblige parfois à recourir à la voie intramusculaire. C'est ce que j'ai dû faire pour le cardiazol. J'ai eu l'impression qu'ainsi administré, il était beaucoup plus toxique.

M. R. ANGLADE. — Je crois que l'intégrité absolue du cœur est nécessaire pour autoriser l'emploi du cardiazol. J'ai vu des tachycardies persister à 180 pendant toute la journée chez trois malades un peu hypertendus auxquels je l'ai administré. Et je pense qu'il doit être contre-indiqué chez les catatoniques dont M. Baruk a montré les défaillances cardiaques.

M. H. BARUK. — Comme vient de le rappeler mon ami Anglade, j'ai pu en effet, avec Racine (1), mettre en évidence dans une série de cas de catatonie de Kahlbaum l'existence de *perturbations électrocardiographiques* caractérisées par une exagération du soulèvement T. Cette déformation s'observait non seulement dans la catatonie humaine, mais elle apparaissait au moment du stade cataleptique dans la *catatonie expérimentale bulbocapnique* chez le singe.

Il semble donc que l'état spastique de la catatonie puisse se manifester non seulement au niveau des muscles, et des vaisseaux mais encore au niveau du myocarde.

M. BERSOT. — Je n'ai pas l'impression que le cardiazol soit plus toxique par la voie intramusculaire que par la voie intraveineuse. Les statistiques le montrent comme sans danger, aux doses indiquées. Je ne connais que deux morts survenues à la Waldau, chez des malades qui, à l'autopsie, furent reconnus atteints l'un d'une maladie des capsules surrénales, l'autre de congestion pulmonaire, et qui, par conséquent, ne moururent pas par l'insuline. Je crois que la tachycardie insulinique provient d'une action sur le système nerveux et non sur le muscle cardiaque, qu'elle n'est pas dangereuse. Et il y a lieu de prendre des électrocardiogrammes au cours de la cure.

(1) *Société de Neurologie*, décembre 1937.

A propos du mécanisme de la mort dans les tumeurs cérébrales,
par MM. Frantz ADAM et Otmar HANSCH (de Rouffach).

De nombreux cas de tumeurs cérébrales, accompagnées de troubles mentaux, ont déjà été rapportés devant la Société médico-psychologique. Bien que l'observation que nous allons résumer devant vous présente des lacunes, en partie imputables à la rapide évolution de l'affection en cause, nous avons pensé qu'elle n'était pas dépourvue de tout intérêt clinique ; mais si nous avons cru devoir la publier, c'est surtout parce qu'il s'agit d'un de ces cas de « jeu de la mort et du hasard », comme il en a été rapporté récemment dans le *Siècle médical*, et dont on a dit qu'il était bon, « pour la sauvegarde de l'opérateur », de les faire connaître. En la circonstance, le *hasard* a joué en notre faveur ; mais, si nous avions pratiqué la ponction lombaire, renvoyée pour une raison fortuite au surlendemain, nous aurions été les premiers à imputer à cette intervention la mort d'un malade, dont nous allons vous résumer l'histoire, afin de pouvoir dire ensuite les enseignements qui, selon nous, s'en dégagent.

N. est un sujet de 45 ans qui nous fut amené, le 13 novembre dernier, accompagné d'un certificat le disant « atteint de délire avec agitation », et signalant qu'il « a été opéré, il y a trois semaines de névo-carcinome ». Un parent du malade nous dit qu'il s'agit d'un individu s'adonnant à la boisson.

Nous avons l'impression d'avoir affaire à un arriéré, à peu près illettré, présentant un strabisme accusé avec taies des globes oculaires qui, datant de l'enfance, ont fait éliminer ce sujet de la conscription. N. se croit « au Hasenrain de Colmar » (il n'y a pas d'hôpital de ce nom au chef-lieu du Haut-Rhin), envoyé là « parce que le docteur n'est pas content du résultat de l'opération ». Le malade est porteur d'une cicatrice, complètement évoluée, qui, longue de vingt-cinq centimètres, descend verticalement du sommet de l'aisselle droite.

N., qui dit ne plus boire « depuis l'opération » reconnaît avoir antérieurement absorbé plusieurs litres de vin par jour « et du schnaps quand on en a ». Il conteste avoir mis son logement en désordre et cassé de nombreux objets, renseignements contenus dans le certificat de placement et confirmés par son parent.

Alsacien, ayant travaillé à Paris avant 1914, notre patient se dit Français « depuis la guerre », c'est-à-dire « depuis 1930 » ; nous serions actuellement en 1934. Il n'aurait pas eu la syphilis (son Bordet-Wassermann dans le sang est négatif) ; veuf depuis un an il eut quatre enfants dont l'un est décédé de pneumonie.

Les pupilles, égales, réagissent et les rotuliens sont normaux.

Nous pensons qu'il s'agit d'un sujet peu développé intellectuellement, ayant beaucoup bu (surtout depuis son veuvage), et qui, privé d'alcool pendant son séjour à l'hôpital, a mal supporté de nouvelles libations : d'où ces accidents aigus, et d'ailleurs très légers depuis l'arrivée à l'asile, d'origine probablement alcoolique.

Cependant, au bout de huit à dix jours, le chef du pavillon d'observation nous dit, en parlant du malade : « Ce n'est pas qu'un alcoolique », et signale qu'il a des moments d'absence, qu'alors il ne sait où il est, ne retrouve pas son lit et présente aussi des troubles curieux de la mémoire, ne retient rien, se croit toujours à Colmar, ne sait aucun nom, pas même celui de Rouffach qui lui a été répété plusieurs fois et qu'on lui a montré tissé dans les serviettes. Nous constatons que si N. pense bien avoir affaire à quelque docteur il n'a connaissance d'aucun de nos noms. Nous lui en donnons deux à retenir pour le lendemain, Adam et Koenig, noms faciles à se rappeler lui faisons-nous remarquer en lui indiquant des moyens mnémotechniques pour ne pas les oublier : or, le lendemain, ces deux noms sont évoqués sous la forme d'Abraham et de Roi !! Nous évoquons, nous, les noms de Korsakoff (mais il n'y a pas de polynévrite), d'Alzheimer, de Pick, pensons à l'existence possible d'une tumeur cérébrale et précisons devant le jeune personnel que, dans le cas particulier, la ponction lombaire sera pratiquée avec beaucoup de précautions, car c'est en de telles circonstances qu'elle peut entraîner des accidents graves et même mortels. Nous allons du reste nous renseigner sur la nature de la tumeur dont le malade a été opéré et remettons au lendemain (rédaction du certificat de quinzaine), un examen complet.

Mais le 27, à la visite, nous trouvons N. assis sur son lit, se tenant la tête à deux mains et disant beaucoup souffrir ; on nous rend compte qu'il a commencé à se plaindre de céphalées au cours de la nuit. Le malade est lucide, mais, du fait de ses souffrances, ne répond pas à toutes les questions. Nous nous écartons de son lit pour discuter du cas et admettre qu'il ne subsiste plus de doutes sur la nature de l'affection. Cependant ce 27 est un samedi, et on nous a autrefois demandé d'envoyer nos liquides céphalo-rachidiens, à Strasbourg, le lundi de préférence. Cette circonstance nous permet de remettre au surlendemain une opération que, en l'occurrence, nous appréhendons de pratiquer. Certes, la ponction lombaire soulagerait peut-être quelque peu le malade auquel nous nous contentons de donner, sans autre espoir que de satisfaire un désir bien légitime, un cachet d'aspirine ; et nous ne sommes pas mécontents d'avoir quelques délais devant nous pour voir évoluer cet état et prendre une décision. Mais une heure plus tard, on nous signale que N. a une crise « comme un épileptique » ; nous accourons aussitôt et le trouvons dans le stertor. Il n'a pas poussé de cri initial, nous dit-on, mais a fait des mouvements des bras et eu de l'écume à la bouche. Nous constatons qu'il n'a pas perdu d'urine et ne s'est pas mordu la langue ; il n'y a pas de paralysies, le pouls est bon, le faciès normalement coloré, cependant le stertor, du

reste transformé en assoupissement plus calme, se prolonge sans que le malade ne reprenne connaissance.

Nous recommandons de ne pas perdre le sujet de vue et de nous appeler au premier incident. Trois quarts d'heure plus tard, on nous téléphone que N., qui n'est pas revenu à lui, se cyanose, respire mal et semble se trouver dans une situation critique ; nous arrivons pour le voir succomber après deux hoquets. C'est à 8 h. 30 que nous avons trouvé notre patient en proie à une céphalée intense ; à 9 h. 45 (à quelques minutes près), il avait eu sa crise convulsive ; à 11 heures il était mort depuis quelques instants déjà.

Autopsie. — L'examen du cadavre, et plus particulièrement du cuir-chevelu et de la calotte crânienne, ne présente rien de particulier. On est par contre étonné de l'état de sécheresse très particulier dans lequel se trouvent l'arachnoïde et la pie-mère ; on dirait que tout le liquide céphalo-rachidien a été retiré et le cerveau a, de ce fait, un aspect artificiel, cirieux, que nous n'avons jamais encore observé, mais que les photographies ne *rendent* pas. Comme nous soulevons l'hémisphère droit nous apercevons, sous le lobe temporal, adhérent à la dure-mère, une tumeur de la grosseur d'une très grosse noix, qui s'est creusée dans la matière cérébrale, comprimée mais non détruite, une loge à sa dimension. Nous vous présentons cette tumeur (dont un morceau a été prélevé pour être adressé à notre ami Baruk, à fin d'examen histologique), et aussi le lobe temporal où l'on voit la lésion dont nous avons parlé, et enfin le morceau de dure-mère où l'on aperçoit encore des vestiges du pédicule de la néoformation cancéreuse.

Quant à l'opération que N. avait subie, cinq semaines avant sa mort, elle avait consisté, nous apprend une note du professeur Géry, en l'exérèse de ganglions de l'aisselle, que le distingué anatomo-pathologiste estimait être « des métastases d'un nævo-cancer », dont il disait cependant ne pas retrouver « les pigments aux colorations habituelles » ; et il conseillait au chirurgien de regarder si on ne découvrirait pas chez l'opéré quelques « nævus ayant pu servir de point de départ » aux adénites malignes.

Nous n'avons eu connaissance de cette note qu'après l'autopsie du cadavre et n'avons par conséquent pas recherché nous-mêmes l'existence de nævi qui, en tout cas, s'ils existaient, ne devaient pas être volumineux, car aucune des huit ou dix personnes présentes à l'amphithéâtre ne se souvient en avoir aperçu.

Ces constatations, tant cliniques qu'anatomiques, prêtent aux considérations suivantes.

Au point de vue purement cancérologique, nous laissons à des personnes plus compétentes le soin de préciser si la tumeur méningée était une métastase ou, au contraire, la néoformation primitive ayant essaimé dans l'aisselle, et même de décider s'il s'agit vraiment de nævo-carcinome.

Pour ce qui est de la question des troubles mentaux consécutifs aux tumeurs *cérébrales*, on nous reprochera peut-être d'avoir qualifié de ce terme une néoformation *méningée* ? D'autres auteurs ont agi de même, et notamment Van Gehuchten, dans un travail dont nous parlerons plus loin, et aussi Larrivé et Mathon dans les *Annales médico-psychologiques* de mai 1936. Nous estimons que cette manière de faire est justifiée, car si l'on considère l'importance de la loge que la tumeur s'était creusée dans le lobe temporal, on conçoit mal que la symptomatologie d'une pareille compression puisse différer de celle qu'entraînerait une lésion temporale autochtone.

Or, si dans la leçon qu'il a publiée en 1922 (*Questions neurologiques d'actualité* : vingt conférences faites à la Faculté de médecine de Paris, présentées par Pierre Marie, Masson, édit.), Chatelin affirme que « la sémiologie des tumeurs du lobe temporal, du moins du lobe temporal droit, nous est actuellement tout à fait inconnue » (page 34) ; Baruk, dans sa thèse aujourd'hui classique, parue en 1926, s'exprime tout autrement. Nous lisons, en effet, dans l'important travail de notre collègue (*Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales*, Doin, édit., page 191), que « les tumeurs du lobe temporal sont celles qui présentent la symptomatologie la plus riche, tant au point de vue mental qu'au point de vue somatique », et l'auteur signale notamment l'existence, chez ces malades, d'hallucinations visuelles, d'un état de torpeur parfois profonde et même, selon certains auteurs du moins, d'agitation maniaque violente. La symptomatologie est évidemment autre, et plus riche, quand la tumeur siège à gauche, ce qui n'était point le cas chez notre sujet. Gouriou qui, avec différents collaborateurs, a rapporté plusieurs cas de ce genre devant votre Société, disait le 10 décembre 1936, à propos d'une observation qu'il présenta avec Scherrer, qu'il est assez rare que, même chez de vieux malades chroniques, aucun signe « n'ait jamais permis de soupçonner le diagnostic ». En ce qui concerne N., chez qui nous ignorons absolument depuis quand évoluait cette tumeur relativement volumineuse, il est bien évident qu'aucun signe important, mental ou neurologique, n'attira l'attention pendant son séjour à l'hôpital, cinq semaines avant l'issue fatale, et que ceux qui motivèrent le placement, ou que nous observâmes nous-mêmes au cours d'un internement de courte durée, se sont réduits à de l'excitation (peut-être favorisée par l'alcool), à un peu de torpeur (qui n'empêchait du reste pas le malade de converser avec ses camarades et de nous demander à rentrer chez lui), et à cette

forme un peu spéciale d'amnésie qui avait attiré l'attention de notre personnel.

Certes, du fait de l'évolution rapide de l'affection, le malade n'a pas été, au point de vue purement neurologique, suffisamment examiné ; mais, si nous apportons ici cette observation, par ailleurs assez banale, c'est surtout pour attirer l'attention sur le mécanisme de la mort dans les cas de tumeurs cérébrales, et aussi sur le risque que nous avons couru (du fait d'une simple coïncidence, mais qui..., après coup..., n'eût pas été reconnue et admise) de voir notre patient succomber au cours de la ponction lombaire, ou peu de temps après cette intervention.

L'article que Van Gehuchten a publié, dans *l'Encéphale* de septembre-octobre 1937, sous le titre : *Le mécanisme de la mort dans certains cas de tumeurs cérébrales*, nous est parvenu quelques jours après que nous eussions procédé à cette autopsie. L'auteur, qui s'appuie du reste sur un travail antérieur de MM. Clovis Vincent, Marcel David et Mahoudeau, rapporte six cas de tumeurs cérébrales (*dont cinq avant leur siège dans le lobe temporal* et l'une d'elles est un méningiome), qui toutes se terminèrent par une mort survenue très brusquement et à la suite de quelque intervention : ponction lombaire, ventriculographie, opération décompressive. Comme Clovis Vincent, avec qui il correspondit à ce sujet, Van Gehuchten attribue ces accidents mortels à une compression du tronc cérébral et, plus spécialement, à une « saillie souvent très importante de la partie du lobe temporal, avec engagement de ce lobe dans la fosse cérébrale inférieure ». Nous aurions peut-être fait les mêmes constatations si nous avions eu plus tôt connaissance de ces travaux et nous aurions peut-être trouvé là l'explication de cette mort si rapide, au cours d'un premier accident convulsif, chez un sujet la veille encore en bon état de santé *apparente*, du moins. Mais, et nous y insistons, ce qui nous paraît intéressant dans le cas que nous rapportons, et « utile à connaître et à faire connaître..., pour la sauvegarde de l'opérateur », comme disent Dartigues et Brisard dans le *Siècle médical* du 15 décembre 1937, c'est que chez notre malade l'accident mortel s'est produit sans qu'ait été pratiquée aucune de ces interventions que nous savions pouvoir, en de telles circonstances, être dangereuses. On nous objectera peut-être que la ponction lombaire faite avec prudence (et nous avions décidé devant témoins : jeunes infirmiers encore à l'instruction, de l'entourer de beaucoup de précautions) aurait soulagé le malade, et, peut-être, évité le décès. Nous ne le pensons pas ; *peut-être* aurions-nous retardé de quelques heures l'issue

fatale, mais la mort, survenant dans l'après-midi ou le lendemain, aurait cependant été imputée, et par nous-mêmes, à notre intervention. Peut-être, encore aurions-nous vu le patient succomber pendant la ponction même, incident fort désagréable.

A propos de cinq des cas qu'il rapporte, Van Gehuchten établit lui aussi une relation de cause à effet entre les interventions pratiquées et la mort rapide des malades. Certes, en médecine, on ne peut, comme en chimie ou en physique, *faire la contre-épreuve*, et on ne saurait dire comment les choses se seraient passées si on avait agi autrement. La ponction lombaire que nous devons faire au malade N. eût été la 556^e pratiquée par l'un de nous, dans son service de l'hôpital psychiatrique de Rouffach, sans avoir jamais eu à déplorer le moindre incident, et cependant il lui est arrivé d'opérer sur des maniaques, en période d'excitation, ou sur des paralytiques généraux ne consentant pas à demeurer, même quelques instants, alités après l'intervention. Interne à Charenton, il a publié, avec Poyer, un cas de *mort rapide, consécutive à la ponction lombaire chez un sujet atteint de fracture de la base du crâne*, et aujourd'hui, comme alors déjà, il se demande s'il y avait bien relation de cause à effet entre la ponction et le décès.

En ce qui concerne le malade, dont nous venons de vous narrer l'histoire, il est du moins établi que sa mort fut le dénouement précoce, — mais naturel, et que ne précipita aucune intervention, — d'une affection dont la symptomatologie est habituellement plus marquée, et qui évolue généralement de façon moins rapide.

M. Henri BARUK. — L'observation si intéressante de M. Adam me rappelle le cas d'un malade que j'ai suivi autrefois avec le Professeur Claude et chez lequel une tumeur du lobe temporal s'était traduite également par des troubles psychiques curieux : ce malade avait présenté surtout un changement de caractère, un mélange d'irritabilité et d'anxiété, avec haine familiale, tendance à l'isolement, baisse de son activité. Un jour, son anxiété était telle qu'il partit soudain de Troyes, où il habitait, pour se présenter au petit jour devant la Salpêtrière et attendre l'ouverture de la consultation externe. Là, il parut tellement irritable et exaspéré qu'on l'adressa immédiatement à Sainte-Anne où nous l'avons examiné. Son excitation, l'existence d'une dysarthrie et de trémulations, nous avaient d'abord fait soupçonner la possibilité d'une paralysie générale.

Une ponction lombaire fut faite avec les plus grandes précau-

tion, en position couchée, avec prise de la tension au manomètre de Claude. Cette tension s'étant révélée énorme, la ponction fut aussitôt interrompue et on n'avait laissé couler qu'une quantité infime de liquide. Quelques heures après, le malade succombait subitement. Il s'agissait d'un volumineux méningiome du lobe temporal gauche.

De tels faits permettent donc de souligner d'une part l'intérêt des troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales et à ce point de vue, il faut rappeler l'étude physiologique si remarquable de ces états faite par Kennedy en 1911. D'autre part, la mort subite n'est pas rare dans les tumeurs cérébrales, et la ponction lombaire présente en pareil cas de réels dangers. Des neurologistes éminents comme le Professeur Brouwer, à Amsterdam, s'abstiennent depuis longtemps systématiquement de faire une ponction lombaire à tout malade suspect de tumeur cérébrale. C'est une règle de prudence qu'il y a lieu de suivre.

M. SCHIFF. — Le cas de MM. Frantz Adam et Hantsch est très intéressant et montre combien est fragile l'équilibre vital des porteurs de tumeurs cérébrales.

Autrefois, on ne mettait au compte de la ponction lombaire que les cas de mort survenant pendant l'intervention ou immédiatement après. L'expérience de ces dernières années a montré que c'est encore à la ponction lombaire qu'il faut attribuer certaines aggravations cliniques et certains décès relativement tardifs (4 à 10 jours après la ponction).

L'hydraulique hémorachidienne du cerveau atteint de tumeur est très instable. La ponction qui se borne à la mesure de la tension du liquide offre elle-même parfois quelque danger. La doctrine de M. Clovis Vincent est de s'abstenir de ponction lombaire dans tous les cas où l'on a des raisons de croire à une tumeur cérébrale. Il faut alors pratiquer une ventriculographie « armée », c'est-à-dire avec possibilité d'intervention immédiate sur le cerveau.

M. POMMÉ. — Les signes oculaires sont de la plus grande importance ; en effet, œdème pupillaire et hypertension rétinienne contre-indiquent la ponction, et la découverte d'une hémianopsie en quadrant localise avec précision le siège de la tumeur. Mais cette limitation du champ visuel n'est pas décelable chez un aliéné.

L'état psychologique signalé par Kennedy est très net parfois. Et j'ai noté un cas où l'amnésie de certains mots constituait l'essentiel de l'état mental d'un sujet atteint de tumeur du lobe temporo-pariétal.

Démence traumatique ; Réactions revendicatrices indépendantes du préjudice, par M^{lle} S. ROUSSET, MM. G. DAUMEZON et J. MASSON (de Sarreguemines).

Les troubles délirants de la série paranoïaque, chez les traumatisés du crâne, se présentent habituellement en liaison étroite avec le trouble affectif ou rattachés à l'émotivité pathologique : soit compensation en rapport avec un complexe d'infériorité né du déficit plus ou moins conscient, soit réaction hyperémotive. Le cas que nous rapportons ne paraît pas entrer exactement dans ces cadres connus. Capgras et Bessières ont très finement analysé la genèse d'un comportement paranoïaque chez un commotionné en dehors de toute tendance constitutionnelle. Chez notre malade, au contraire, la constitution paranoïaque antérieure ne fait pas de doute. La réaction revendicatrice est en relation seulement indirecte avec cette tendance, elle doit être rattachée plutôt à la libération d'un automatisme professionnel de procédurier (clerc de notaire) par le processus démentiel. L'affaiblissement, qui revêt le type spécial de la démence affective, atteint cependant au point de vue intellectuel les fonctions supérieures d'appréciation.

Les quelques observations que nous avons feuilletées sont assez différentes de la nôtre. La revendication chez le traumatisé est d'habitude localisée à la poursuite d'une rente compensant un déficit avoué, sinon exagéré. Notre malade, au contraire, argue de son intégrité pour revendiquer sa mise en liberté et met à la disposition de ses camarades ses aptitudes à la procédure.

B. Paul, clerc de notaire, 42 ans, est entré pour la troisième fois à l'Asile le 8 juin 1934. Cet internement était motivé par les revendications du sujet à propos d'un prétendu vol.

Depuis son placement, B. écrit en moyenne une lettre par semaine aux autorités judiciaires et administratives. Ecrivain public, il rédige pour le compte des malades de son pavillon des réclamations circonstanciées. Ce résumé laisse entrevoir un comportement de revendicateur... Cependant, à la lumière de l'évolution et du *curriculum vitae* du malade, ce cas apparaît tout différent.

Notre sujet est le fils d'un petit cultivateur, décédé à 60 ans de diabète. La mère est vivante et bien portante. Trois sœurs bien portantes, aucun antécédent psychopathique connu. Il semble avoir présenté à 6 ans une atteinte de poliomyélite qui le laisse avec un pied bot varus equin droit et une atrophie musculaire considérable, surtout au niveau du mollet. Bien guéri, il fréquente l'école primaire de son village où

il fut un bon élève, appliqué, intelligent. Il quitte l'école, travaille un peu, de ci, de là, puis entre chez un notaire. A l'entendre, il aurait été d'emblée « clerc ». Désormais il n'abandonnera pas cette profession qui, dit-il, lui a toujours parfaitement convenu. Rangé, sérieux, s'il change de place, c'est pour apprendre davantage. A 19 ans, grâce à des économies, il peut se payer à Sarrebrück la fréquentation des cours d'une école de commerce. Il se perfectionnera encore, lisant beaucoup seul tous les livres de droit qu'il trouve chez ses maîtres. Il se marie en 1922; peu après la naissance de 2 jumelles en 1924, il entre dans une étude où il sera premier clerc, place qu'il abandonnera seulement lors de l'accident. A cette époque notre sujet apparaît comme un autodidacte indiscutablement paranoïaque, orgueilleux de ses capacités, réelles d'ailleurs; un tantinet susceptible, inexorable procédurier, intéressé pour son métier qu'il paraît avoir bien connu. Il a acquis des connaissances suffisantes de la langue française, du droit local et du droit français, et possède d'excellentes références. En 1928 commencent quelques déboires conjugaux qu'il supporte, cependant, réfugié dans sa profession.

Le 9 septembre 1930, B. est victime d'un grave accident de motocyclette; chute sur la région pariétale gauche. Après un court intervalle libre, la victime perd connaissance, elle se retrouvera à l'hôpital après un coma de 6 jours environ. Pas de trépanation, le chirurgien indique seulement: « forte commotion cérébrale ». Mais dans les semaines qui suivent s'est établi un état confusionnel avec agitation qui provoque le premier internement le 4 octobre 1930.

A l'Asile, selon les notes très complètes, du D^r Requet, il présente un état de confusion profonde, mais avec excitation du langage, propos spontanés, abondants, décousus, parfois incohérents. Impossibilité de retrouver son lit. Liquide céphalo-rachidien xanthochromique. L'état s'améliore lentement; des ponctions lombaires successives, malgré l'hypertension liquidienne ne paraissent guère avoir amené une modification. Mais au début de l'année la confusion s'atténue et le malade sort en apparence guéri le 5 mars 1931.

Aussitôt accueilli par son ancien patron il reprend ses fonctions qu'il abandonnera en juin: sa famille prétend qu'il était congédié; le malade explique qu'il a laissé cette place spontanément en changeant de résidence pour soustraire sa femme aux assiduités trop facilement acceptées d'un voisin. Il semble, en effet, que les malheurs conjugaux de notre sujet n'aient fait qu'empirer durant son séjour à l'Asile. Une lettre du notaire indique: « Dès le début j'ai pu constater qu'il ne rendait plus les mêmes services qu'auparavant. Son travail était mal fait et contenait beaucoup d'erreurs, tandis qu'autrefois c'était un clerc auquel je pouvais confier n'importe quel travail... il n'observait plus les heures de bureau. » Dans la nouvelle place, facilement obtenue grâce à ses références sérieuses, B. ne pourra guère rester longtemps. Il est certain que, dès ce moment, un déficit véritable entravait l'exercice normal de la profession. Pour comble, au début

d'octobre, la femme abandonne le domicile conjugal emmenant les deux enfants, emportant tout le linge. Le malade mène alors une vie de désadapté, abandonne tout travail « pour éviter de payer une pension », vivant à l'auberge, rogue et récriminant avec tous. Le Maire, inquiet, provoque un nouveau placement invoquant des excès éthyliques non prouvés.

Le certificat du D^r Requet, du 30 novembre 1931, mentionne : « Réactions vives et troubles de la conduite chez un ancien traumatisé du crâne, légèrement affaibli mentalement et alcoolisé (?), soumis à de graves difficultés intimes. » Notre sujet restera deux mois à l'Asile. Il s'est laissé amener grâce à un subterfuge qui donne l'étiage de son affaiblissement. On lui a dit que le Directeur de l'établissement, ayant remarqué ses qualités, désire se l'attacher comme secrétaire. Conscient de sa valeur, B. ne s'étonne pas de cette proposition et vient tout seul à Steinbach. Il reste très raisonnable, très calme, et on relève dans les notes : « Conversation fournie, détails exacts, réponses rapides, orientation parfaite ». Dès cette époque le malade rédige quelques requêtes au Préfet, aux Parlementaires, au Procureur en termes pseudo-juridiques. On trouve encore au dossier une lettre qu'il rédige aussi dans le même sens pour le compte d'un débile profond. La conduite, très régulière, permet la sortie le 30 janvier 1932.

B. s'établit (?) alors comme agent d'affaires chez sa mère, ainsi pense-t-il, il évitera d'avoir des revenus fixes dont sa femme pourrait se saisir. Par astuce procédurière, il vend ses meubles et place l'argent ainsi obtenu, soustrait par moitié à sa femme. Selon ses dires, il aurait vécu assez largement, mais il semble plutôt qu'il ait traîné une existence misérable et parasite, sa mère vivant sur une petite propriété. Si bien qu'en mars 1932, il entre dans un hospice départemental, puis de là passe dans un hospice municipal. Pendant ces séjours hospitaliers il continue son activité judiciaire, obtient des congés pour plaider (grâce à la procédure locale), distribue les conseils, pousse à la procédure.

Cette attitude s'accroissant, l'amène à la réaction fâcheuse qui provoque son troisième internement : Il était placé dans un hospice local grâce à la double invalidité tirée du pied bot et de l'accident. Un jour il entend un jeune voisin se plaindre de la disparition de quelque argent, immédiatement il offre ses services : en qualité d'agent d'affaires, il traite cette question avec son énergie, mais aussi sa maladresse coutumière. Il écrit au Maire, Président de la Commission administrative, une lettre réclamant une enquête dans les trois jours, contre une religieuse, faute de quoi les journaux seront saisis. Le lendemain, B. était jeté hors de l'hospice... et s'est réfugié chez sa mère. Il pousse l'affaire, écrit encore, si bien qu'il est interné d'office le 8 juin 1934.

Depuis cette date il n'a pas quitté l'Asile et sa conduite n'a pas sensiblement varié, semble-t-il. Nous allons essayer de le décrire. Cela

nous amènera à préciser la formule assez particulière de l'affaiblissement du sujet.

Après avoir parcouru tous les quartiers du service, B. s'est, depuis deux ans environ, fixé dans le pavillon de sûreté avec les non-alités. C'est un homme petit, brun, aux traits tirés, au teint plombé, la figure sillonnée de rides, il paraît beaucoup plus que son âge, sa présentation est celle d'un homme épuisé et surmené. Il indique d'ailleurs que, depuis son accident, il a maigri de 12 kg. Calme, docile, poli, correct, apathique, il passerait inaperçu, n'était la fréquente correspondance qu'il confie à la visite. L'écriture est soignée, les pleins et les déliés, les paragraphes sont ceux d'un homme dont la graphie régulière a été un moyen d'existence. Ce sont des lettres adressées sans relâche et sans désespoir au Procureur local, au Procureur général, voire au Procureur général près la Cour de Cassation !!!

La forme est toujours très procédurière, on y retrouve les tournures habituelles dans les actes notariés, chaque rature, chaque mot ajouté est noté en marge et fait l'objet d'une approbation. On y voit des mots soulignés comme dans les écrits de revendicateurs. On y voit aussi des formules un peu inhabituelles traduites de l'allemand et des fautes d'orthographe de plus en plus fréquentes... Ces lettres demandent toujours la sortie, mais souvent d'autres requêtes se joignent à la demande de liberté, il s'agit de réparer les préjudices. C'est ainsi que des poursuites doivent être entamées contre les auteurs de l'internement. C'est le Maire de la commune du domicile de secours (minutieusement, mais faussement établi) qui doit tenter cette action pour éviter à sa « pauvre petite commune » la charge des frais... Il ne suffit pas de poursuivre les responsables de l'internement de 1934, les personnes qui ont provoqué le placement en 1931, ne doivent pas être épargnées. Mais c'est surtout le Maire, Président de la Commission administrative, qui est visé, et qui figure en bonne place sur la liste des personnes à poursuivre, jointe aux requêtes.

Des lettres sont envoyées au Maire lui-même, dont voici un exemple :

« MONSIEUR LE MAIRE R... !

« Me référant à ma lettre du 9 août, et en réponse à votre demande du 23 août 1934, je vous donne connaissance de tout :

« Je n'ai pas prêté l'argent à une personne pendant des procès de Strasbourg. Mes objets mobiliers sont vendus par adjudication publique — volontaire — par l'huissier W., de S., et jusqu'aujourd'hui je n'ai pas touché un centime de l'agent d'affaires M. P., à P., qui a fait le recouvrement de l'adjudication.

« Mon dépôt est fait contre la loi du 30-6-1838 et mon domicile de secours est P., dans quelle ville j'ai demeuré depuis le 1-6-1931 auquel jour j'ai commencé mon travail au Notariat à P.

« Une enquête par moi a été faite :

« 1° au Procureur de la République à Sarreguemines, le 28-7-34 ;

- « 2° au Procureur général de la République à Colmar, le 11-8-34 ;
- « 3° au Procureur général de la République à Paris, le 22-8-34 ;
- « 4° au Procureur à Sarreguemines, aujourd'hui.

« Pour :

- « a) vol contre vous ;
- « b) que mon dépôt sera déclaré zéro 0 ;
- « c) que je sorte d'ici *de suite* ;
- « d) que mon dépositaire faut payé le tout pour moi ici, mais pas vous.

Vous faites le nécessaire comme j'ai demandé par ma lettre du 9-8-34.

« Mes sincères salutations. »

Exp. Paul B.,
ancien clerc de notaire,
actuellement agent d'affaires.

Votre dévoué,
P. B.

Mais l'attitude revendicatrice ne se borne pas à la poursuite de ses « propres droits ». B. met son « savoir » à la disposition de ses camarades, il écrit pour eux toutes sortes de lettres, après minutieuse étude de leur cas. Au début de son séjour ici, imprudemment placé au bureau médical, il a puisé dans des observations et des dossiers les éléments de protestations qu'il a expédiées au Procureur général près la Cour de Cassation !

Toutes ces lettres sont classées et inventoriées, la date de certaines plus importantes peut même être rappelée de mémoire — mais une liste chronologique est dressée qu'il porte toujours sur lui.

D'après cette description B. apparaît comme un revendicateur typique, en réalité, il est très éloigné de ce genre de malade. A part la réaction épistolaire, on ne trouve que bien peu de caractéristiques du revendicateur : questionné, le malade est calme, tranquille, posé, il est rare qu'il s'anime, jamais on n'assiste aux proclamations claironnantes, aux récriminations hurlées habituelles. Le ton est froid, peut-être méfiant, mais pas méprisant. Mais c'est surtout lorsqu'on explore les mobiles inspirant la conduite qu'apparaît la différence ; B. n'accorde pas à ses poursuites une attention persévérante... volontiers il déclare abandonner toutes ses intentions de poursuites de la religieuse, auteur du vol, qu'il a dénoncée. Il prend bien à son compte les doléances des camarades, leur applique un tour particulier personnel, mais il les néglige vite. Certes, comme le revendicateur, il délire : le maire est d'accord avec le Procureur, et ce dernier, sans aucun doute, arrête ses réclamations, donne de faux renseignements ; il a foi dans la Justice finale, c'est pourquoi il ne se lasse pas d'écrire et de réclamer. Mais on ne trouve pas chez lui l'aspect de redresseur de tort : s'il prend l'intérêt des camarades, c'est parce que c'est son métier ; c'est, à cause de sa profession qu'il a pris en main l'affaire du vol à l'hospice, comme celle de la « pauvre petite commune » contrainte de

couvrir ses frais d'entretien... D'ailleurs il a peu de rancune ou pas du tout, « les affaires sont les affaires », même après avoir écrit au Maire une virulente dénonciation du vol commis par la sœur, il a causé avec elle, amicalement. « C'est ainsi dans le métier... »

Tout ce comportement s'allie bien entendu à une erreur profonde sur la nature des rapports avec l'ambiance : méconnaissance de sa situation d'hospitalisé — ou d'interné, etc... Cette bévue étant la conséquence de l'affaiblissement.

Cet affaiblissement intellectuel est léger ; nous l'avons vu, le malade est correct, mais sa mise n'est pas très soignée, il y a un laisser-aller certain pour un ancien clerc de notaire. Il est orienté, rappelle à propos la plupart des événements de son histoire, et même certaines affaires qui lui ont tenu à cœur durant sa cléricature. Il compte exactement. Pas d'amnésie de fixation actuelle. La pensée conserve une agilité normale.

Mais nous avons noté des fautes d'orthographe plus nombreuses dans les écrits actuels que dans les lettres datant de 1934. Des tournures anormales chez un homme naguère bilingue consommé, tournures que l'on retrouve aussi bien dans les textes allemands. Il y a plus grave : les connaissances juridiques théoriques sont assez floues ; il nous est facile de le mettre en défaut sur des points de jurisprudence classique, sur des théories familières même à l'apprenti juriste ; de même, lorsqu'on lui pose un problème concret, il propose trop vite une solution hâtive, qu'il défendra véhémentement, invoquant des lois dont il connaît la date, mais plus le contenu exact. Ce déficit certain est absolument inconscient, et B. proteste de ses possibilités, il signe toutes ses lettres : « Ancien clerc de notaire, actuellement agent d'affaires ». L'appréciation de sa valeur est, en effet, absolument faussée. Sans doute il a toujours existé une hypertrophie du moi, mais actuellement, il s'agit d'un véritable trouble du jugement qui entraîne le malade à des conclusions et à des attitudes absolument inadaptées.

En somme, au point de vue intellectuel, on note un déficit des acquisitions les plus différenciées et des opérations comparatives et d'applications...

Au point de vue affectif B. présente une atteinte certaine. Ses enfants sont placés dans un orphelinat. Il leur écrit, mais de 1931 à 1934, alors qu'il était en liberté, passant à Metz où elles sont placées, à plusieurs reprises, il n'est jamais allé les voir... il s'intéresse, somme toute, assez peu à elles, ne réclame d'elles aucune précision sur leur santé, leur vie ; sa mère l'a maintes fois recueilli, aidé ; depuis son placement il ne lui a pas écrit, arguant qu'elle est illégitime.

L'attitude du sujet, même en face de l'existence, est révélatrice. Nous avons noté son manque de tenue. On pourrait parler aussi de passivité. Il est aux agités, il ne veut pas changer de quartier. S'il proteste contre son placement, si, au nom d'un camarade, il accuse l'inconfort ou le tapage, jamais, pour son compte, il n'élève sur ce point la moindre protestation. Mieux que cela, sa présentation générale comporte

une teinte d'ironie tranquille, peut être tirée de l'accomplissement consciencieux de son métier. A l'égard des gardiens, du médecin, aucune hostilité, mais une indifférence profonde. On est d'abord étonné de l'indifférence avec laquelle sont remises les lettres de revendication. A part la rédaction de ses requêtes, B. est inoccupé, il joue aux cartes sans passion, lit à peine le journal. Jamais il n'a profité d'aucune occasion favorable pour se sauver, dit-il, et cette affirmation est très vraisemblable.

Tel est le tableau général présenté par le malade. Diverses hypothèses étiologiques doivent d'abord être éliminées, B. ne paraît pas un éthylique. Lors des ponctions lombaires pratiquées au moment de l'accident, on avait relevé une légère albuminose. Mais le liquide était xanthochromique et cette réaction avait disparu en 1931. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; le benjoin colloïdal est normal. Rien d'ailleurs, au point de vue physique, ne permet de soupçonner un processus neurologique quelconque, à part la séquelle poliomyélitique remontant à 37 ans. Aucun élément de localisation secondaire au processus traumatique.

Reste donc, pour éclairer le cas, à confronter la constitution antérieure avec l'état actuel.

B. était sans aucun doute un paranoïaque. Tout nous le révèle sous ce jour, tout, jusqu'à l'élément de compensation initial (infirmité physique), accentue le cachet de cette constitution. Fils de cultivateur, autodidacte, poursuivant opiniâtrement un perfectionnement technique, tirant de sa situation un profond orgueil. Lecteur avide et vaniteux, « il a presque autant lu que moi », dit-il d'un autre malade toujours plongé dans les livres. Cependant, cette paranoïa manquait d'agressivité, de méfiance, d'activité, dirons-nous. Peut-être trouvait-elle son exutoire dans l'activité procédurière du sujet ?

Est-ce le fonds paranoïaque, est-ce l'automatisme procédurier qui, libérés et amplifiés par la déchéance globale, ont provoqué les réactions actuelles d'allure si typiquement revendicatrice ? Tel est le problème spécial posé par notre malade. Il nous a été l'occasion d'approfondir un déficit post-traumatique surtout affectif.

La séance est levée à 18 heures 30.

Les Secrétaires des séances,
Paul ABÉLY, Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 6 Janvier 1938

Présidence : M. **BARRE**, président sortant,
et M. **BOURGUIGNON**, président.

Troubles ostéo-articulaires consécutifs à des manifestations vasculo-sympathiques en rapport avec une tumeur cérébrale de l'hémicortex opposé, par MM. **THUREL** et **GUILLAUME**.

Les auteurs présentent un cas de méningiome cortical rolandique accompagné du côté opposé de troubles osseux : ostéoporose à la radio, et de troubles vasculo-sympathiques au niveau du membre supérieur. Ces derniers troubles sont à l'origine des précédents pour MM. Thurel et Alajouanine.

A propos du rôle des lobes préfrontaux dans l'équilibration
(présentation de malade), par M. **ROUCHIER**

Myoclonie et épilepsie, par MM. **ALAJOUANINE** et **THUREL**.

Présentation d'un malade chez qui apparurent des crises d'épilepsie peu de temps après une période de myoclonies. Les crises d'épilepsie sont précédées d'une exagération des myoclonies. Le malade présentait en outre une hypoesthésie notable à la chaleur.

Les auteurs discutent une lésion protubérantielle ou corticale de ces syndromes tout en envisageant la possibilité de coexistence des deux foyers.

Discussion. — M. **MOLLARET** fait des rapprochements entre ce syndrome et celui de Kojewnikoff.

Evolution spéciale par poussées à intervalles prolongés d'une affection à virus neurotrope, par M. PATRIKIOS.

L'auteur présente l'observation d'un malade chez qui furent observées trois phases successives, encéphalique d'abord, puis (onze ans après un intervalle) myélitique suivi de guérison apparente, enfin syndrome de Brown-Séquard. L'auteur discute l'étiologie de ce syndrome.

Myoclonies d'un type particulier à la suite d'un traumatisme cervical, par M. PATRIKIOS.

L'auteur présente un cas de syndrome de Brown-Séquard accompagné de mouvements automatiques de l'omoplate et de mouvements des doigts de type athétosique.

Ces troubles sont survenus à la suite d'un traumatisme par balle de la 4^e cervicale.

Considérations sur le mécanisme physio-pathologique de ces troubles.

Discussion. — M. GUILLAIN rapproche le mouvement athétosique présenté par ce malade de ceux que présentent parfois les tabétiques au moment des poussées aiguës.

**Syndrome infundibulaire. — Narcolepsie. — Onirisme. — Obésité
Macrogénitosomie précoce, par M. J. LHERMITTE.**

**A propos de l'association scopolamine-chloralose,
par MM. BARUK et RACINE.**

Les auteurs étudient l'action de cette association sur le système cardio-vasculaire. Ils notent l'action cardio-modératrice avec baisse de la tension artérielle, maxima, minima et moyenne, chez trois malades pithiatiques avec tachycardie : la scopolamine-chloralose a fait disparaître les troubles psychiques et l'accélération cardiaque.

Nouveau type d'amyotrophie progressive miliaire neurale à début dans l'adolescence et intéressant les muscles des racines des membres, par M. G. MARINESCO (Présentation par M. Lhermitte).

L'auteur rapporte l'observation anatomo-clinique de deux frères atteints d'une amyotrophie extrêmement accusée intéressant à la fois la racine et les extrémités des quatre membres. Il y avait encore l'atrophie des muscles du tronc et de l'abdomen avec troubles considérables de toutes les formes de la sensibilité, excepté pour les sensibilités vibratoire et baresthésique, cette dernière étant moins bien conservée. Chez l'aîné il y avait une lordose considérable et des troubles du rythme respiratoire par atrophie du diaphragme.

L'examen histologique a fait voir des lésions considérables dégénératives des muscles, des nerfs sensitifs et mixtes consistant dans l'hyperplasie de l'épi-, du péri- et de l'endonèvre et l'apparition d'un très grand nombre de fibres fines parfois munies d'une couche mince de myéline ; les fibres longues sont diminuées de nombre. Pas d'images en bulbe d'oignon. Les cellules radiculaires antérieures sont remplies par des nodules résiduels qu'on

retrouve aussi dans les ganglions spinaux. La moelle épinière offre la rarefaction des fibres à myéline dans les racines postérieures et antérieures ; dégénération des cordons postérieurs plus accusée dans la région radiculaire postérieure.

Les constatations anatomo-cliniques autorisent l'auteur à affirmer qu'il s'agit d'un nouveau type d'amyotrophie neurale qui se distingue des types communs par l'évolution de la maladie et les lésions constatées.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 18 Décembre 1937

Présidence : M. NYSSSEN, vice-président

Ramollissement cérébral et troubles mentaux, par M. M. LEROY.

Etude anatomo-clinique du cas d'un malade qui, à la suite d'un ictus unique, présente des phénomènes hémiplegiques accompagnés de troubles pseudo-bulbaires. Une vérification histologique minutieuse montra des lésions multiples mais strictement unilatérales : ramollissement sytvicu profond avec grosses lésions du striatum et atteinte superficielle dans le territoire du tronc commun des artères ascendantes.

L'intérêt du cas réside dans l'existence de phénomènes pseudo-bulbaires malgré la stricte unilatéralité des lésions de ramollissement.

Le traitement de la sitiophobie, par M. RUBENS.

L'anorexie est un symptôme fréquent chez les aliénés, mais ses causes en sont très diverses et la thérapeutique doit s'inspirer des conditions particulières à chaque cas.

L'auteur a obtenu des résultats encourageants par l'injection intra-veineuse de 10 ou de 20 centimètres cubes d'une solution de chlorure de sodium à 15 %, qui détermine chez le malade une sensation de soif.

Dans d'autres cas, l'administration de scopochloralose d'après la technique préconisée par Baruk lui a donné de bons résultats. En cas d'échec de ces procédés, la malarisation ou les choes au cardiazol ont déterminé une amélioration qui a fait disparaître la sitiophobie.

J. LEY.

**Sociétés Belges de Neurologie, de Pédiatrie,
Groupement Belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

Réunion commune du 18 Décembre 1937

Présidence : M. le professeur GUILLAIN (de Paris), président

Cette réunion, honorée de la présence de MM. les Professeurs Guillaïn (de Paris) et Barré (de Strasbourg), de M. le Docteur Biemond (d'Amsterdam), de M. le Professeur Dereux (de Lille), était consacrée à l'étude des « *Polyradiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique et à évolution favorable* » (Syndrome de Guillaïn et Barré).

Sur un groupe de polyradiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique observées parmi d'autres infections neurotropes pendant l'année 1937, par MM. L. VAN BOGAERT, F. PHILIPS, J. RADERMECKER et Th. VERSCHRAEGEN (d'Anvers), rapporteurs.

Les auteurs ont observé en l'espace de cinq mois, dans la même ville (Anvers et communes suburbaines), neuf cas typiques de polyradiculonévrite type Guillaïn et Barré. Ils ont exclu de cette série quelques observations abortives à symptomatologie atypique. Il s'agit donc d'un nombre de cas très important, en regard de la rareté de l'affection, qui n'a été décrite jusqu'à présent qu'à l'état sporadique.

Il faut admettre qu'il s'agit ici au contraire d'un groupe de cas d'apparence épidémique. Les auteurs résument la symptomatologie de la maladie d'après le travail le plus récent de Guillaïn, et donnent ensuite une relation détaillée de leurs cas personnels. Ceux-ci répondent à la description classique mais en diffèrent cependant sur trois points : 1° l'importance de la fluxion méningée rachidienne, et sa persistance sous une forme atténuée ; 2° la fréquence de l'effilement bulbaire avec troubles passagers mais parfois alarmants, du côté de la face, de la phonation, de la déglutition et même de la respiration ; 3° l'incidence des cas sous forme d'une épidémie en miniature.

Le diagnostic différentiel avec la maladie de Heine-Medin est discuté

ensuite. Il se base principalement sur le début aigu de cette dernière, le développement rapide d'une paralysie massive, globale, souvent proximale, une fièvre initiale plus élevée, la présence d'une réaction méningée intense dans la phase d'invasion, l'absence de troubles sensitifs objectifs et l'évolution des paralysies. Au point de vue de liquide céphalo-rachidien, on trouve au début de la poliomyélite aiguë, une pléocytose modérée avec légère albuminose, mais jamais de dissociation albumino-cytologique. Celle-ci peut être observée plus tard, mais sa courbe est différente.

Le diagnostic différentiel peut cependant présenter de grandes difficultés à la phase bulbaire. Les auteurs insistent encore sur la fréquence de l'atteinte du nerf facial, sur l'existence de formes crâniennes presque pures, sur l'intensité des signes méningés au début, sur la discrétion des troubles électriques et sur l'évolution favorable, bien que des cas mortels aient été signalés. Ils concluent à l'autonomie de cette affection, qui réalise un type morbide infectieux absolument particulier.

Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique et œdème papillaire (présentation du malade), M. P. Van GEUCHTEN (de Louvain).

Présentation d'un homme de 23 ans, chez lequel on a vu se développer en quelques semaines une quadriplégie progressive avec parésie faciale bilatérale et parésie des cordes vocales. Il existe une atrophie musculaire importante; les troubles sont actuellement en régression et l'œdème papillaire bilatéral observé au début régresse également. Le liquide céphalo-rachidien contient 2 grammes d'albumine pour 0,9 éléments figurés. L'auteur pose la question de savoir si ce cas peut être interprété comme un syndrome de Guillain et Barré atypique.

Syndrome de Guillain et Barré à localisation principalement mésocéphalique, par MM. P. MARTIN et J. TITECA (de Bruxelles).

Présentation d'un malade guéri dont l'affection avait débuté insidieusement par des maux de tête généraux et des paresthésies dans les quatre membres. A quelques jours d'intervalle, surviennent brusquement une paralysie faciale gauche, puis droite, en même temps que tous les réflexes tendineux disparaissent, sauf les achilléens. Le liquide céphalo-rachidien contient 0,75 gr. d'albumine pour 3,8 éléments figurés. Une légère congestion papillaire fait décider une intervention qui ne décèle aucune lésion. Tous les troubles ont rétrogradé par la suite.

Quelques remarques sur l'étiologie des polyradiculonévrites du type Guillain-Barré, par M. A. BIEMOND (d'Amsterdam).

L'auteur a observé huit cas typiques de ce syndrome, dont cinq présentaient une paralysie faciale bilatérale. La diminution graduelle du taux de l'albumine rachidienne est parallèle à l'amélioration et il existe au début une pléocytose qui diminue rapidement. Les caractères de la dissociation albumino-cytologique varieront donc d'après le moment de la ponction.

En ce qui concerne l'étiologie, l'auteur remarque que des symptômes généraux graves à caractère toxique précèdent souvent l'apparition du syndrome.

D'autre part, l'absence d'action destructive, de transmission par inoculation et l'extension rapide du processus font croire à M. Biemond qu'il ne

s'agit pas d'un virus neurotrope, mais plutôt de phénomènes toxiques. Les rares vérifications anatomiques pratiquées ne montrent pas de signes d'inflammation. Le processus physio-pathologique en cause serait analogue à celui qui détermine les néphroses d'origine toxique avec gonflement de l'épithélium tubulaire, forte albuminurie et peu de cellules, lésions curables et très différentes des glomérulo-néphrites infectieuses.

Dans le syndrome de Guillain et Barré, *méningo-radiculo-névrite* en réalité, il y aurait gonflement toxique de l'épithélium des espaces arachnoïdiens au niveau des racines, qui ne sont lésées que secondairement. Cette hypothèse est confirmée par le fait que dans l'épreuve au thorotraste les culs-de-sac des racines ne sont pas envahis à cause de ce gonflement, qui provoque un blocage des voies descendantes du liquide céphalo-rachidien.

Les polynévrites craniennes symétriques avec dissociation albumino-cytologique à évolution favorable, par M. MAERE (de Gand).

Il existe des polyradiculonévrites craniennes bilatérales sans participation des membres, localisation crânienne de la maladie par opposition aux localisations segmentaires. L'auteur relate quatre cas se rapprochant de ce type et dont le début a été marqué par des phénomènes infectieux ou par un traumatisme.

Contribution à l'étude des maladies du neurone périphérique : remarques sur quelques observations de polynévrite avec hyperalbuminose par M. DAGNELIE (de Bruxelles).

L'auteur relate neuf cas dont deux seulement méritent le diagnostic de syndrome de Guillain et Barré. La comparaison avec d'autres polynévrites motrices diffuses d'origine toxique ou infectieuse montre les difficultés du diagnostic.

M. Dagnélie croit qu'il est prématuré de dire que la polyradiculonévrite type Guillain et Barré relève d'un virus neurotrope. Il semble bien que l'étiologie ne soit pas toujours infectieuse. La question du pronostic, d'autre part sera toujours délicate, et la curabilité ne peut être considérée au point de vue pratique comme un signe de la maladie, car c'est un signe *a posteriori*.

A propos de trois cas de polynévrite rappelant par certains caractères le syndrome de Guillain et Barré, par M. COHEN (de Bruxelles).

Relation de trois cas observés chez des enfants ayant présenté des phénomènes infectieux d'origine diverse, avec symptômes méningés ou de polynévrite et dissociation albumino-cytologique plus ou moins marquée. L'auteur se demande si le syndrome de Guillain et Barré ne serait pas une forme atténuée de poliomyélite, dont la paralysie ascendante aiguë de Landry serait la forme grave.

Syndrome de Guillain-Barré et varicelle chez un enfant, par MM. CLÉMENT et KETELBANT (de Bruxelles).

Relation du cas d'une fillette de 2 ans 1/2 qui, dans la période prodromique d'une varicelle, présentait une température de 39 à 40° et des douleurs

violentes dans les membres inférieurs. Au 3^e jour de la maladie, la température diminue et au 4^e jour s'installe progressivement une paraplégie avec abolition du réflexe rotulien droit. Le liquide céphalo-rachidien contient 50 centigrammes d'albumine pour 5,6 éléments figurés. Au 7^e jour, l'éruption varicelleuse apparaît tandis que les troubles moteurs et sensitifs s'atténuent, et la maladie guérit complètement dans les délais normaux.

M. *Dereux* (de Lille) communique le cas d'une fillette de 10 ans, observé récemment en Belgique, dans une localité frontalière, chez laquelle on vit se développer une affection fébrile sans symptômes méningés. La fièvre tombe au 4^e jour tandis qu'apparaissent des douleurs violentes dans les membres inférieurs ; la fièvre reprend bientôt et une paraplégie flasque s'installe, avec attitude en flexion. Le liquide céphalo-rachidien contient 1 gr. 65 d'albumine pour 4 éléments figurés. Le diagnostic de poliomyélite est probable mais ne peut être affirmé. L'auteur conclut que le diagnostic restera souvent hésitant au début, et il estime qu'au point de vue pratique, il est préférable de traiter tous ces cas précocement par le sérum.

MM. *Riser* et *Planques* (de Toulouse) ont étudié en dix ans 70 observations dont ils adressent le relevé à la Réunion. Ils retiennent 18 cas typiques, 2 cas à gros troubles sensitifs qu'ils considèrent aussi comme typiques ; 3 cas atrophiques dont 2 seraient à classer comme syndromes de Guillain-Barré un peu modifiés ; 6 cas à grosse réaction méningée rachidienne ; 2 cas à symptômes bulbaires dont 1 mortel. Les auteurs croient aussi à une maladie primitive infectieuse mais sur le seul critère clinique et liquidien, quoique celui-ci ne soit pas spécifique. Pour eux, dès que manque l'atteinte des segments périphériques, du cou, du tronc et des membres, il n'est plus possible de parler de syndrome de Guillain et Barré. Ils apportent des observations de forme pseudo-myopathique. La réaction méningée peut être globale, quoique la forme la plus fréquente soit la dissociation. Ils rejettent toutes les sciatiques purement algiques unilatérales subaiguës avec dissociation albumino-cytologique, et sont affirmatifs sur le fait que ces formes n'ont rien à voir avec les différentes formes d'encéphalite primitive aiguë ou infectieuse.

MM. *Roger* et *Boudouresques* (de Marseille) adressent à la Réunion une note sur 6 cas personnels de syndrome de Guillain et Barré, dont 3 ont déjà été publiés. Dans ces observations d'adultes, la face est atteinte dans la moitié des cas, le trijumeau et le glosso-pharyngien dans un cas. Les auteurs considèrent le syndrome comme autonome et insistent sur la nécessité de se conformer aux signes classiques de Guillain et Barré. Ils n'ont jamais observé le vrai syndrome de Guillain et Barré, dans la méningococcie. Ils discutent le diagnostic différentiel avec les arachnoïdites, les poliomyélites subaiguës. Le diagnostic est dans certains cas difficile. Les auteurs préfèrent le terme de *méningo-radiculo-névrite*. Ils croient qu'elle est liée à une infection autonome mais qui peut être déclenchée par des maladies ou infections intercurrentes.

MM. *Giraud* et *Boudouresques* (de Marseille) adressent à la Réunion une note sur 4 cas de syndrome de Guillain et Barré, observés chez des enfants, et dont l'un est inédit. Ils insistent sur le début brutal, le gros syndrome douloureux, la discrétion des troubles moteurs et l'évolution en deux mois vers la guérison.

Ils inclinent aussi vers l'idée d'un virus spécifique à cause de l'identité clinique de leurs trois premières observations.

Remarques sur quelques cas récents de syndrome de polyradiculonévrite avec hyperalbuminose, par M. BARRÉ (de Strasbourg).

M. Barré insiste tout d'abord sur les cas de paralysie faciale bilatérale avec ou sans diplopie par atteinte des nerfs des III^e et VI^e paires. La confusion avec la méningite est fréquente au début à cause de la raideur du malade, qui cherche à éviter les mouvements douloureux. La tonicité musculaire est remarquablement conservée à la période initiale. En ce qui concerne la stase papillaire, M. Barré n'en a jamais observé, mais il existe souvent une certaine congestion papillaire.

À la période de guérison, il faut noter la lenteur de la réapparition des réflexes tendineux, malgré une activité musculaire normale. L'hypothèse du blocage des culs-de-sac arachnoïdiens pour expliquer la dissociation albumino-cytologique est peu vraisemblable ; on observe en effet des cas d'arachnoïdite feutrée, épaisse, qui bloque certainement les culs-de-sac et ne détermine pas de modifications du liquide. Il y aurait lieu de reprendre l'étude de l'encéphalite basse en rapport avec ces cas. Au point étiologique, il faut retenir principalement le rôle très probable des infections et des toxi-infections qui agissent peut-être en libérant des poisons congestifs.

M. Guillaïn (de Paris) résume la discussion et s'attache tout d'abord à limiter le syndrome. Celui-ci comprend quatre types : 1^o le syndrome classique, inférieur ou quadriplégique ; 2^o celui qui comporte en plus une atteinte des nerfs crâniens ; 3^o le type mésocéphalique pur ; 4^o le type avec troubles mentaux, qui nécessite parfois l'internement mais qui, lui aussi, évolue favorablement.

En ce qui concerne la curabilité, il s'agit évidemment d'un symptôme *a posteriori*, mais dans les cas typiques le diagnostic est possible et le pronostic est toujours favorable. On a signalé quelques cas mortels. Peut-on les éliminer du syndrome ? Pas en bloc, mais il est évident que certains de ces cas n'appartiennent pas au syndrome, et les autres, s'ils existent, demeurent l'exception.

L'hypothèse de M. Biémond est intéressante, mais la dissociation albumino-cytologique se rencontre dans bien d'autres affections ; elle ne constitue pas à elle seule le syndrome. La comparaison avec les néphroses est-elle justifiée ? Il paraît impossible de le dire dans l'état actuel de nos connaissances. L'étiologie infectieuse ne peut être exclue, surtout depuis que des cas à allure épidémique ont été observés, et en tenant compte du fait qu'une dissociation albumino-cytologique passagère peut apparaître dans certaines maladies infectieuses.

Le cas de M. Van Gehuchten ne semble pas pouvoir être rattaché au syndrome. Ceux de M. Cohen en sont certainement très différents. Les étiologies alcoolique, diphtérique, syphilitique doivent être exclues. Quant aux conclusions du travail récent de MM. Laruelle et Massion, elles sont inadmissibles également.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Contribution à la question des rapports entre les réactions exogènes et la constitution dans l'étude des psychoses endogènes, par le professeur V. A. GUILJAROVSKY. *Sovietskaia Nevropatologia Psich atria i Psichogiquiena*, T. IV, fasc. 3, 1935.

A la suite de nombreuses observations s'étendant sur 15 années d'études, l'auteur croit que les processus infectieux peuvent déterminer des réactions psychiques endogènes en présence de certaines conditions de prédispositions héréditaires. Cependant, l'interprétation donnée habituellement à l'influence de la constitution paraît être trop schématique. Les manifestations se déroulant au cours des processus infectieux aigus ont les caractères de réactions exogènes, mais elles portent également l'empreinte endogène. L'influence de l'infection est en quelque sorte spécifique, car toutes les infections ne provoquent pas indifféremment et au même degré des réactions psychiques identiques.

La schizophrénie peut être provoquée surtout par les infections qui intéressent particulièrement le système nerveux et surtout la région sous-corticale, telles : l'encéphalite épidémique, la chorée et le typhus. La spécificité de la cause se traduit par les particularités de la réaction exogène mais elle se manifeste surtout dans les anomalies de la structure de la psychose endogène.

La maladie infectieuse provoque la psychose endogène correspondant à la prédisposition congénitale lorsque dans le changement biologique d'origine infectieuse existe déjà un certain élément la rapprochant de la nature du processus de base. La possibilité de l'éclosion du processus endogène se manifeste surtout lorsque les changements apportés par l'infection sont d'ordre végétatifs, ou, par leur caractère, se rapprochent de la structure du syndrome faisant partie de la psychose endogène. Ainsi, à la suite du typhus, le passage dans la schizophrénie se fait par la catatonie liée à l'infection. L'inclusion dans la psychose maniaco-dépressive s'opère par

l'intermédiaire de l'état hyperthymique résultant de l'atteinte du système sympathique.

L'étude du rôle des processus infectieux, particulièrement du typhus, permet de croire que la schizophrénie, par sa base biologique, se rapporte non pas aux affections organiques, mais au groupe des processus toxiques.

Fribourg-Blanc.

Les psychoses combinées, par J. DRETLEK. *Nowiny Psychjatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

Dans un travail très détaillé et appuyé sur l'étude clinique de 85 malades, Dretler expose l'histoire de la question. Il donne une classification personnelle des cas observés et les dispose en six groupes. Cette importante étude est complétée par l'exposé généalogique de 12 familles que l'auteur a pu réunir. Les tableaux généalogiques enseignent que les psychoses combinées apparaissent d'une manière inattendue dans les familles indemnes de schizophrénie et de psychose maniaque-dépressive, mais qu'elles sont plus fréquentes dans les familles où les deux types de psychoses se sont manifestés. Pour terminer, l'auteur conclut que les psychoses combinées sont une entité clinique distincte qui dépasse les cadres du hasard de l'enchevêtrement des signes de deux psychoses endogènes pouvant être transmises héréditairement. L'état des connaissances actuelles ne permet pas d'établir les causes qui décident de l'éclosion des psychoses combinées dans certaines familles. La question demande la continuation d'études généalogiques dont l'observation pourrait peut-être contribuer à dégager les raisons.

Fribourg-Blanc.

Troubles réactifs des psychopathes et psychoses dites de réclusion, par L. KORZENIOWSKI. *Nowiny Psychjatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

Après avoir exposé la notion de la prédisposition psychopathique favorisant l'éclosion des troubles réactifs, l'auteur souligne la difficulté d'établir des classifications et des frontières entre le normal et le pathologique. En passant en revue divers types de psychopathies, Korzeniowski consacre une attention spéciale à l'hystérie. Il souligne la multiplicité des variétés et considère l'hystérie comme une réaction anormale plutôt que comme une prédisposition. Il étudie ensuite les réactions des psychopathes et distingue deux phases : celle de la situation et celle de la réaction du sujet en rapport avec sa constitution et sa santé.

Les troubles réactifs frappent par l'absence de stricte délimitation entre la névropathie et les psychoses réactives. Il semble que les psychoses réactives soient des névropathies à forme grave avec prédominance de troubles psychiques. Pour établir une classification des troubles réactifs, l'auteur se base sur les troubles de l'affectivité. Il distingue des signes ayant leur origine : 1° dans la colère ; 2° dans l'angoisse ; 3° dans la dépression ; 4° dans la fuite de la réalité ou sa transformation.

Le dernier chapitre de ce travail est consacré aux psychoses « de réclusion » illustrées d'observations personnelles.

Fribourg-Blanc.

Les troubles mentaux et les tendances religieuses en Asie, par V. WINIARZ et J. WIELAWSKI. *Nowiny Psychjaryczne*, fasc. 1-IV, 1936.

L'étude d'un malade atteint de schizophrénie inspire aux auteurs le rapprochement des constatations qu'ils ont eu l'occasion de faire sur les bouddhistes en Perse, aux Indes, en Chine et au Japon. Les hommes qui ne savent pas s'adapter aux conditions de la vie habituelle, aspirent au bonheur en se résignant et en renouçant à leurs désirs. Le bouddhisme offre le moyen d'arriver à l'indifférence absolue. Les auteurs décrivent les prières des lamas thibétains et des moines bouddhistes qui se font emmurer dans leurs cellules pour plusieurs années. L'art oriental subit les tendances artistiques en supprimant la perspective. Le bouddhisme enseigne à ses adeptes le moyen de se détacher du contact affectif de l'entourage.

FRIBOURG-BLANC.

Perspectives psychiatriques à propos de faits totémiques et de Tabous chez l'Indigène brésilien (Perspectivas Psiquiatricas de Alguns Rasgos Totemicos e Tabús do Indígena Brasileiro), par JOSÉ MARIZ. *Arquivos da Assistência a Psicopatas de Pernambuco*, nos 1 et 2, p. 2-37, 1936.

L'étude du livre de Freud « Totem et Tabou » incite M. Mariz à procéder à quelques recherches bibliographiques et à des enquêtes sur les mœurs des Indiens du Brésil, depuis le seizième siècle surtout. L'interprétation du comportement des Sauvages d'après les anciennes chroniques révélerait la fréquence des traits de manie. Les éléments caractéristiques du tempérament schizoïde font généralement défaut. Nombreux sont les traits communs aux Indiens du Brésil et à ceux d'Australie qui ont servi à Freud pour établir ses conceptions. Ces investigations fournissent des éléments utiles à l'étude de la psychopathologie contemporaine.

P. CARRETTE.

Le syndrome d'action extérieure, par P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE. *Le Progrès médical*, nos 25 et 27, p. 1033-1038 et 1113-1118, 20 juin et 4 juillet 1936.

Le professeur Claude a individualisé il y a quelques années un groupe de manifestations psychiques faites d'hallucinations, d'illusions et d'interprétations et reliées par un état affectif particulier. Il a dénommé cet ensemble : syndrome d'action extérieure. Ses élèves défendent dans le présent article l'autonomie relative du syndrome, tirée des conditions d'apparition (prédisposition bio-psychique), du mode d'organisation et de l'évolution. Ils le séparent de l'automatisme mental tel que l'a compris de Clérambault avec son organicisme inéluctable. Le syndrome d'action extérieure constituerait un point de vue original de certaines formes de paranoïa. Son diagnostic précoce éloignerait le pronostic fatal par la mise en œuvre de traitements sédatifs et la réalisation de conditions sociales favorables.

P. CARRETTE.

La force déterminante des hallucinations auditives, par A. CONDOMINE et M. BEAUJARD. *Le Progrès médical*, n° 9, p. 345-350, 29 février 1936.

Certains facteurs peuvent rendre dangereuse une hallucination auditive. Les auteurs étudient les conditions pathologiques qui poussent l'halluciné

aux actes antisociaux. Il en est qui proviennent du malade lui-même : anxiété, disposition paranoïaque, intoxication exogène surajoutée. Le danger peut d'autre part naître de la nature même du délire. L'hallucination des états de possession et des états mystiques a une force passive ou agressive particulièrement impérative. La prophylaxie des réactions antisociales est plus difficile à réaliser avec le persécuté halluciné qu'avec le délirant raisonnant. La marche du délire est capricieuse, le malade réticent. C'est l'exaltation, l'irritabilité, les tendances à l'insociabilité, qui permettent d'apprécier le degré de nocivité du délire hallucinatoire.

P. CARRETTE.

Problèmes concernant les états obsédants (Problems of Obsessional Illness), par Aubrey LEWIS. *Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, T. XXIX, n° 2, p. 325-336, février 1936.

C'est le point de vue clinique seul qui peut diriger une étude logique des obsessions. Une pathogénie générale n'est pas admissible. Le neurologue découvre certains mécanismes d'observations comme le psychologue ou le psychanalyste trouvent les leurs. Les formes symptomatiques des états dépressifs sont plus fugaces et moins étroitement liées aux impulsions. Les variétés plus complexes sont observées dans les états paranoïdes et indiquent des tendances à la désintégration psychique. Les types fixes, tenaces, à combinaisons d'impulsions, attestent l'existence de psychopathies polymorphes chez des héréditaires.

P. CARRETTE.

L'impressionnable vagotonique, variété d'émotif, par H. CONET. *Le Progrès médical*, n° 20, p. 802-806, 16 mai 1936.

Relativement nombreux sont les sujets hyperémotifs, connus de leur entourage pour leur apparente froideur et leur calme et dont l'attitude dominante est l'inhibition. Les caractéristiques de la vagotonie sont habituelles chez de tels sujets. Un choc affectif minime peut déclencher une réaction intense et inattendue s'il survient dans des circonstances physiologiques favorables. La preuve est faite que les traitements régulateurs du système végétatif peuvent prévenir ou juguler les accès chez ces impressionnables hypervagotoniques.

P. CARRETTE.

La psychologie affective et instinctive des enfants imbéciles (The affective-instinctive psychology of imbecile children). *The British Journal of medical psychology*, vol. XV, fasc. 4, 14 février 1936.

L'insuffisance de l'impulsion vitale (*libido*) est un élément fondamental du psychisme chez les arriérés. L'auteur l'étudie dans ses diverses modalités et montre qu'elle a pour conséquence la faiblesse et l'épuisement rapide de l'effort. Cette règle générale comporte cependant une curieuse exception qui concerne les choréo-athétosiques. L'insuffisance du contrôle moteur rend extrêmement difficile l'éducation de ces infirmes cérébraux, tant en ce qui concerne l'éducation technique qu'en ce qui concerne le développement de l'activité professionnelle. Cependant le choréo-athétosique peut montrer,

malgré toutes les difficultés que lui crée son infirmité, un intérêt étonnant pour la tâche qu'on lui propose et, grâce à l'énergie et à la constance de son effort, il peut réaliser de véritables tours de force. C'est ainsi qu'un jeune choréo-athétosique apprend à tisser. Il réussit à faire des travaux tout à fait compliqués, alors qu'au début il ne pouvait passer la navette sur le métier que quatre fois en une heure. Il est à noter également que ces sujets ont un grand besoin d'activité et ne restent pas volontiers oisifs. Leur infirmité les empêche le plus souvent de participer aux jeux des autres enfants. Aussi cherchent-ils à occuper leurs loisirs d'une façon ou d'une autre. Quelques-uns des malades de l'auteur emportent chez eux les nattes qu'on leur fait confectionner à l'école, pour y travailler au cours de leurs soirées.

J. ROGUES DE FURSAC.

Les troubles du caractère chez l'enfant, par Albert CRÉMIEUX. *Marseille-médical*, n° 12, p. 537-555, 25 avril 1936.

Le développement affectif normal de l'enfant apparaît à l'auteur à travers la conception et le vocabulaire psychanalytiques, tandis que l'étude des types pathologiques part de la notion de constitution et distingue les instables, les émotifs, les cyclothymiques, les pervers, les paranoïaques, les épileptoïdes, les schizoïdes et les mythomanes. Le diagnostic peut s'appuyer sur l'analyse, l'enquête sociale et les tests. M. Crémieux justifie en terminant son électionisme. Les constitutions sont pour lui des aptitudes et les troubles du caractère chez l'enfant observés précocement et avec méthode comportent une hygiène mentale et un traitement qui permettront souvent d'éviter l'éclosion de psychoses graves.

P. CARRETTE.

Influence d'un violent traumatisme psychique sur les troubles de la sphère neuro-psychique, par M^{me} M. V. SOLOVIEVA. *Sovietskaia Nevropatologia, Psichiatritia i Psichogigiena*, T. IV, fasc. 3, 1935.

L'auteur étudie l'influence des importants traumatismes psychiques chez l'enfant. Les enfants à l'âge scolaire et préscolaire réagissent vivement au traumatisme psychique. Dans le matériel clinique de l'auteur, 66,6 0/0 des cas intéressent les enfants au-dessous de 7 ans. Les garçons sont sensiblement plus nombreux que les filles. Parmi les enfants ayant réagi au choc psychique, 60 0/0 présentaient des accidents neuro-pathologiques antérieurs. Les manifestations réactives se déroulent en deux périodes : la première est caractérisée par des signes faisant partie du domaine végétatif. La deuxième, plus tardive, donne lieu aux réactions variées en rapport avec les particularités personnelles prétraumatiques, la nature et les conséquences directes du traumatisme. Les principales réactions psychiques se répartissent dans l'ordre de fréquence suivant : réactions motrices, 50 0/0 ; asthéniques, 15 0/0 ; hystériques, 12,5 0/0. Les enfants ayant subi des dommages physiques importants au cours du traumatisme réagissent par la forme asthénique.

Dans la statistique de l'auteur, 42,7 0/0 des enfants ayant subi le traumatisme psychique possédaient antérieurement le caractère asthénique.

FRUBOURG-BLANC.

Rapports entre le traumatisme et les maladies mentales, par Abraham MYERSON. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXII, n° 5, p. 1031-1041, mars 1936.

L'existence des névroses traumatiques n'est pas douteuse. Les commotions, les fractures du crâne sont fréquemment à l'origine des démences organiques. Elles peuvent précipiter l'éclosion d'une paralysie générale. Toutes ces notions sont fermement établies, mais c'est surtout vis-à-vis des formes contestées qu'il faut prendre position. M. Myerson estime que le trauma affectif est à la base de la psychose maniaque-dépressive. Il convient, non seulement de l'admettre quand il est évident, mais de le rechercher systématiquement lorsqu'il est méconnu (querelle, humiliation, peur, etc...). Par contre, l'auteur ne croit pas à des perturbations émotionnelles initiales dans la démence précoce, expression d'une désorganisation plus profonde de la personnalité.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de l'influence réciproque entre la schizophrénie et la paralysie générale concomitante, par V. A. GUILIAROWSKI (*Neuropatologia, psichiatria, psichogiguiena*. T. V, fasc. 7, 1936).

Le matériel clinique dont disposait l'auteur lui a permis de formuler les conclusions suivantes : Les troubles psychiques apportés par la paralysie générale peuvent se combiner avec les manifestations dépendant de la schizophrénie, mais qui, dans ces conditions, deviennent atypiques. Les troubles toxiques et les changements biologiques apportés par la paralysie générale favorisent le développement de la schizophrénie, mais ils altèrent sa physionomie véritable. La paralysie générale crée des conditions moins favorables pour l'épanouissement de la tendance aux idées de persécution, aux interprétations paranoïdes et dénaturent les manifestations sensorielles. Mais l'effacement complet de la schizophrénie ne se produit jamais, car les deux processus évoluent sur des plans différents. La part qui revient à la schizophrénie est antérieure. Elle est plus stable que celle qui est introduite par la paralysie générale. Celle-ci limite les moyens d'extériorisation de la schizophrénie par ses tendances destructrices qui s'adressent à un certain groupe d'éléments nerveux. Elle modifie les apparences de la schizophrénie, mais ne détruit pas son entité clinique.

FRIBOURG-BLANC.

Délimitation actuelle du groupe des schizophrénies (Delimitación actual del grupo de las esquizofrenias), par E. IRAZOQUI VILLALONGA. *Archivos de Neurobiología*, T. XV, n° 4, p. 569-591, 1935.

La conception bleulérienne n'a pas les soucis d'unité et de synthèse qui dominaient l'esprit de l'école kraepelinienne. Elle opère un travail d'analyse très utile, mais qui laisse subsister une grande confusion sur la limitation de la schizophrénie. Pour apporter un peu d'ordre et de netteté dans les idées nouvelles, l'auteur montre la nécessité de séparer la schizophrénie endogène, idiopathique, constitutionnelle des formes secondaires, exogènes, des « réactions » schizophréniques diverses. Ce n'est pas seulement

une mesure didactique ; c'est un travail de discrimination qui touche au problème même de la structure de la démence précoce.

P. CARRETTE.

Le dynamisme de la schizophrénie sous l'influence de la narcose prolongée, par le professeur V. A. GUILAROVSKI (*Sovietskaia Psichonevrologiia*, T. XII, n° 4, 1936).

L'auteur étudie l'influence de la narcose prolongée sur les malades schizophréniques dans le but de rechercher de meilleures conditions thérapeutiques et de déterminer les changements qui peuvent se produire dans l'état somatique et mental des malades, ainsi que d'étudier leur métabolisme. Pendant la période d'assoupissement, on observe des hallucinations de nature schizophrénique et des tableaux délirants du type exogène. Leur nature toxique est prouvée par l'analogie de ces états avec les manifestations observées dans l'intoxication par la mescaline et pendant les chocs hypoglycémiques. Les états émotionnels du réveil présentent également leur intérêt. On peut noter de l'euphorie, bien que parfois on assiste à des réactions anxieuses. Dans certains cas, la façon de se comporter des malades change, ils cherchent à plaisanter et à badiner. Cet état dépend de la diminution de l'inhibition qui influe sur l'augmentation de l'activité motrice. Le mécanisme de l'action de la narcose prolongée est probablement de nature sous-corticale. On peut même envisager une sorte de diencéphalose puisqu'on peut observer des troubles d'ordre végétatif (salivation, troubles respiratoires, fièvre, signes pupillaires). Au point de vue somatique, on a observé des épistaxis, de l'urticaire et des règles anticipées.

FRIBOURG-BLANC.

Étude de la motricité dans la schizophrénie infantile à l'aide de la méthode de L. A. Quint et N. I. Oserezkowskij, par M. I. DOZENKO et M^{me} E. S. FATOWA (*Neuropatologiya, psichiatria, psichogigiyena*. T. V, fasc. 7, 1936).

Chez 22 enfants atteints de schizophrénie, les auteurs étudient la motricité des jeunes malades suivant les méthodes moto-métriques de Quint et d'Oserezkowskij. Ils constatent que : chez les jeunes schizophréniques, l'atteinte de leur structure motrice peut se manifester sous trois aspects différents : adynamique, hypodynamique et hyperdynamique, par des variantes caractéristiques pour chaque forme. L'atteinte de la motricité dans la schizophrénie infantile se distingue par la dissociation entre les facteurs cortico-pyramidaux d'une part et les éléments subcortico-extrapyrâmidiaux. L'atteinte principale et éminemment caractéristique se traduit dans la rapidité des mouvements et leur simultanéité avec l'altération du rythme. La motricité différenciée, telle la mimique, la parole, l'écriture et le dessin sont en corrélation directe avec la motricité générale du sujet. Les composés moteurs cortico-pyramidaux paraissent les moins atteints.

Les méthodes moto-métriques employées se sont montrées, entre les mains des expérimentateurs, très fécondes en indications cliniques. L'atteinte de la motricité différenciée est une indication de la gravité du processus conduisant rapidement à la dégradation de la personnalité.

FRIBOURG-BLANC.

Choc émotif à l'origine de la démence précoce (Choc Emotivo en el Origen de la Demencia Precoz), par Nerio ROJAS, Jose BELBEY et Primo MEANA COLONDRERO. *Psicoterapia* (Cordoba, Argentine), n° 1, p. 20-32, janvier 1936.

Les auteurs signalent le rapport fréquent du choc émotif avec l'écllosion du syndrome hétérophrénique. L'évolution ne paraît pas influencée par l'allure des troubles initiaux. La fréquence des cas féminins chez des sujets non mariés paraît justifier l'importance accordée aux complexes d'ordre sexuel. Ces recherches montrent que l'importance étiologique ou aggravante du trauma affectif n'est pas niable.

P. CARRETTE.

Régulation calorique et réactions au froid dans la démence précoce (Heat Regulation in Dementia Procox. Reactions of Patients with Dementia Procox to Cold), par Isidore FINKELMAN et W. Mary STEPHENS. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVI, n° 64, p. 321-340, avril 1936.

Un groupe de déments précoces est soumis au bain froid et les réactions sont comparées à celles d'autres états psycho-névrosiques et de sujets normaux. Les auteurs observent l'inertie circulatoire, l'absence de frisson, l'insuffisance des phénomènes de régulation, de réaction et d'adaptation chez les schizophrènes et dans le parkinsonisme post-encéphalitique. Ils admettent l'étiologie d'une perturbation physiologique de l'hypothalamus.

P. CARRETTE.

Manifestations dissemblables de la psychose maniaque dépressive chez deux jumelles, par H. SELZER (*Rivista sperimentale di Frenatria*, décembre 1936).

L'auteur présente l'observation de deux jumelles identiques âgées de 33 ans. L'une a montré les symptômes d'une psychose maniaque-dépressive mais seulement sous la forme maniaque, l'autre est restée saine, mais d'un tempérament un peu mélancolique entre les limites normales. L'auteur ne croit pas à l'exagération pathologique du tempérament de la malade comme conséquence de la tare héréditaire, mais à la conséquence d'un trauma intra-partum que la malade a subi.

Seule serait héréditaire la faiblesse à réagir plus facilement et largement aux facteurs exogènes et le tempérament. La psychose cyclique ne serait pas, comme telle, héréditaire. Dans la littérature, on rencontre des observations identiques qui permettent une telle déduction.

P. ABÉLY.

Diagnostic des différents types de suicide (Differential diagnostic types of suicide), par Gregory ZILBOORG. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXV, n° 2, p. 270-291, février 1936.

L'étude psychologique et clinique du suicide doit permettre de progresser dans la voie de la prophylaxie d'une réaction anti-sociale des plus novices. M. Zilboorg montre que l'agressivité du sujet contre lui-même s'intègre dans une série de troubles instinctifs. La mélancolie n'est donc pas seule en cause ; ni le complexe d'infériorité associé à la dépression et à l'hypocondrie. Le suicide s'observe dans certains états d'excitation, dans

des délires mystiques et mégalomaniques. Dans l'étude des anamnésiques, il ne faut pas négliger l'influence de l'éducation : attaches religieuses, préjugés et coutumes familiales, dispositions ethniques.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la psychasthénie, par D. S. OZERETZKOVSKI.
Sovietskaia Psichonevrologiia, fasc. 4, 1936.

La plupart des cas de psychasthénie se laissent ranger parmi les formes « douces » de schizophrénie. Le caractère psychasthénique peut être interprété au point de vue des particularités schizophréniques de la personnalité en supposant qu'il existe des troubles de la spontanéité et de l'activité. Cependant, il semble prématuré d'affirmer que tout le groupe de la psychasthénie peut être incorporé parmi les formes douces de schizophrénie. La question ne pourra être résolue que par la collaboration des études cliniques, psychologiques et génétiques.

FRIBOURG-BLANC.

Sur un cas de psychopathie d'origine infectieuse (Sobre un Caso de Psicopatía de Origen Infeccioso), par Gonzalo Bosch et Ernesto Daniel Andia.
Bulletin de la Faculté des Sciences médicales du Paraguay, fasc. 2, p. 17-27, Asuncion, 1936.

Les auteurs ont le mérite d'attirer l'attention sur des faits constamment observés, mais dont l'importance est aussi généralement négligée. Des accès d'agitation psycho-motrice avec anxiété et confusion, état saburral, fébricule, se succèdent pour aboutir soit à un état chronique de dépression hypochondriaque, soit à un syndrome polymorphe relié à la schizophrénie. Or, tous ces types cliniques sont liés à un état septique de la cavité buccale : pyorrhée, fistules dentaires, pharyngite chronique, à microbes très virulents. La guérison est d'autant plus difficile que les essais de thérapeutique anti-infectieuse se heurtent à une méconnaissance fréquente des modifications humorales du sujet, sensibilité par une longue infection torpide. La modification des constantes physiologiques est souvent telle que les modifications les plus anodines entraînent de violentes manifestations d'intolérance. Seule une méthode de rééducation physique prudente après la suppression des causes infectieuses permet d'espérer un succès tardif.

P. CARRETTE.

Sur les psychoses tabétiques (Sobre las psicosis tabéticas), par LÓPEZ IBOR.
Archivos de Neurobiología, T. XV, n° 4, p. 535-540, 1935.

L'auteur passe en revue les différents types psychosiques observés au cours du tabès et propose de réserver le nom de psychose tabétique à des épisodes psychopathiques, — hallucinose, confusion, délire d'allure toxique, — liés à des syndromes radiculo-névritiques ou médullaires, plus ou moins aigus, évoluant rapidement vers un syndrome d'allure ataxique. Ces états décrits depuis longtemps, parfois dénommés tabès aigus, améliorés par la chimiothérapie antisiphilitique, ont un pronostic généralement favorable. M. López Ibor conseille l'emploi précoce de la pyrétothérapie bactérienne pour rendre plus efficace et plus stable l'effet des traitements spécifiques habituels.

P. CARRETTE.

Psychoses diabétiques (Diabetic Psychosis), par Bengt J. LINDBERG. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XI, fasc. 2-3, p. 267-288, 1936.

La psychose diabétique du type maniaque-dépressif, paranoïde ou sous forme d'accès confusionnels est une psychose symptomatique dont la réalité étiologique peut être admise dans les cas où les troubles psychiques évoluent parallèlement aux symptômes neurologiques et à la diathèse elle-même. Le pronostic est favorable quand le traitement anti-diabétique reste effectif. Toutefois la vulnérabilité du sujet est fonction de l'âge, parce qu'elle est conditionnée par le déficit endocrinien et les menaces d'artériosclérose.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

La signification clinique et biologique du réflexe de Rossolimo (Die klinische und biologische Bedeutung des Rossolimo-schen Reflexes), par J. F. RITTMER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVIII, 2, et XXXIX, 1, 1936-37.

Le réflexe de Rossolimo (flexion et parfois abduction légère des orteils) existe normalement chez le petit enfant. Il disparaît vers l'âge de 1 an 1/2. Chez l'adolescent et l'adulte normal, il est toujours négatif. On le rencontre parfois dans les névroses. Il est très fréquent dans la sclérose en plaques; les chiffres trouvés par l'auteur sont toutefois inférieurs à ceux de Goldflam. Quant aux tumeurs, c'est surtout dans celles du lobe frontal qu'il est trouvé positif. Son apparition peut être très précoce après un traumatisme cranio-cérébral; il est observé surtout dans les cas où l'agent vulnérant a porté en direction sagittale. Le réflexe de Rossolimo appartient à la catégorie des réflexes propres ou intrinsèques de la classification d'Hoffmann. Au point de vue biologique, il fait partie de la synergie d'extension et il a des rapports avec le phénomène de préhension du pied, qui disparaît vers la même époque que lui. Au fur et à mesure du développement des fonctions propres du pied, il devient latent. Le réflexe de Rossolimo a des rapports certains avec le lobe frontal. Une lésion des seules voies pyramidales ne suffit pas à le produire, il faut que les voies extrapyramidales soient également atteintes.

E. BAUER.

Un cas de syndrome d'Adie (Aréflexie tendineuse et pupillotonie non syphilitique), par P. DOROLLE, PRADAL et NGUYEN-VAN-TAN. *Bulletin de la Société Médico-Chirurgicale de l'Indo-Chine*, n° 7, juillet 1936.

Observation d'une femme chez laquelle on constata, au cours d'un épisode marqué par de la céphalée, du méningisme et de l'amaurose, une abolition des réflexes lumineux et rotuliens. Un premier traitement syphilitique fit disparaître l'amaurose. Mais l'évolution faite de céphalée et d'anxiété, l'abolition de tous les réflexes ostéo-tendineux, sauf du tricipital droit, l'absence de trouble moteur, l'analyse minutieuse des troubles oculaires, la négativité des réactions humérales (ponction lombaire négative en 1926, Dr Pagniez) font que les auteurs concluent à un syndrome d'Adie certain, à rapprocher des cas précédemment publiés.

M. LECONTE.

Six cas d'anosmie-agueusie d'origine traumatique, par J. HELSMOORTEL jr, R. NYSSSEN et R. THIENPONT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XI, fasc. 2-3, p. 251-266, 1936.

L'anosmie est un symptôme assez fréquent des traumatismes du crâne, tandis que l'agueusie est beaucoup plus rare. Le second symptôme paraît souvent sous la dépendance du premier. Les centres anatomiques des sens de l'odorat et du goût empruntent peut-être les voies de l'hippocampe et du corps calleux. Pour certains, celles du goût passant à la partie postérieure de la capsule interne gagneraient le cortex. Quoiqu'il en soit, chaque champ gustatif recevrait des impressions périphériques bilatérales. Un syndrome gustatif vrai et complet d'origine organique apparaît dès lors comme un hasard, une coïncidence extrêmement rare. Aussi les auteurs considèrent-ils les cas décrits par eux, liés à l'anosmie, comme le résultat d'un effet d'auto-suggestion chez des prédisposés.

P. CARRETTE.

L'exophtalmie basedowienne, par L. JUSTIN-BESANÇON. *La Presse médicale*, n° 6, p. 105-110, 18 janvier 1936.

Dans l'ensemble des manifestations basedowiennes, l'exophtalmie exprime, non le trouble endocrinien, mais la perturbation neuro-végétative. Elle constitue pour le physiologiste un élément important dans l'étude des corrélations endocrino-sympathiques. L'exophtalmie n'est pas rigoureusement liée à l'hyperthyroïdie. Elle résulte d'une excitation sympathique et l'hyperthyroïdie est un facteur favorable à cette excitation. Des synergies glandulaires paraissent également intervenir. L'action expérimentale de l'adrénaline, de l'éphédrine, de l'anté-hypophyse vient compléter celle de la thyroxine. La thérapeutique s'adresse à ses différents facteurs étiologiques : au sympathique par l'intervention chirurgicale, aux agents chimiques par l'emploi des antagonistes du groupe de l'yohimbine. L'inconstance des résultats indique que la complexité du problème laisse persister bien des inconnues.

P. CARRETTE.

Sur un cas d'association de tabes et de maladie de Basedow (Sobre un caso de asociación de Tabes combinado y Basedow), par G. MARINESCO et Rafael HERNANDEZ RAMIREZ. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 10, p. 273-279, décembre 1935.

Les associations authentiques de goitre exophtalmique et de tabés sont rares. Certains auteurs ont cru pouvoir systématiser cet ensemble clinique en considérant qu'il était révélateur du type lésionnel syphilitique. La périvasculite thyroïdienne aurait la même valeur que l'inflammation périvasculaire méningo-radulaire et cordonnale. Si le développement parallèle d'une syphilis thyroïdienne et médullaire se conçoit aisément, l'expérience clinique montre qu'elle ne représente pas l'éventualité la plus habituelle. La maladie de Basedow est parfois l'expression d'une dysendocrinie ancienne et, même dans les cas où le processus syphilitique apparaît comme le seul responsable, il ne faut pas oublier que le syndrome d'hyperthyroïdie peut être lié à des altérations sympathiques et à des localisations bulbaires fréquemment combinées au tabés.

R. CARRETTE.

Association Myoclonie-Epilepsie, par E. ZEBRINI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

L'auteur décrit un cas de myoclonie-épilepsie pouvant être rangé, d'après lui, dans les variétés étudiées par Unverricht. Une tare névropathique a été nettement précisée chez les ascendants. La symptomatologie épileptique s'est manifestée dès l'âge de deux ans à la suite d'une méningo-encéphalite. Les myoclonies ont fait leur apparition à 20 ans seulement. Agé actuellement de 43 ans, le malade se trouve dans des conditions physiques précaires. Le luminal a eu une action efficace sur les accès épileptiques. Les myoclonies sont mieux combattues par une thérapeutique à base de décoction bulgare.

P. ABÉLY.

Le type tardif de la leucodystrophie progressive familiale, par Ludo van BOGAERT et René NYSEN. *Revue Neurologique*, T. LXV, n° 1, p. 21-45, janvier 1936.

La leucodystrophie familiale se présente sous trois types différents par leur aspect clinique et leur évolution : infantile, juvénile et adulte. La présente étude justifie la classification adoptée. Elle montre les caractéristiques du type tardif : troubles psychiques, paraplégie et atteinte optique par opposition à l'aspect rigide avec mouvements involontaires du type infantile.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des syndromes de globe pâle. La dégénérescence progressive du globe pâle et de la portion réticulée de la substance noire (Maladie d'Hallervorden-Spatz), par Clovis VINCENT et Ludo van BOGAERT. *Revue Neurologique*, T. LXV, n° 5, p. 921-959, mai 1936.

Les descriptions de syndromes pallidaux basées sur l'analyse et la dissociation de syndromes complexes des noyaux centraux gardent une valeur relative. Les lésions sont mal limitées dans les rigidités d'origine artério-scléreuse ou encéphalitique. Il est apparu aux auteurs que le groupe des hérédo-dégénérescences fournit un matériel mieux adapté à la recherche d'un syndrome répondant à une altération anatomique précise. Dans le cas de MM. Clovis Vincent et L. van Bogaert, une affection évolue très lentement vers « une hypertonie du type extrapyramidal avec mouvements involontaires prédominant sur la musculature céphalique et tronculaire. L'hypercinésie l'emporte sur la rigidité ». Il n'y a pas de déficit psychique. La lésion qui domine est la *démyélinisation du pallidum*. Les cellules sont profondément dégénérées ou détruites. La prolifération névroglique est active. Les produits de désintégration, — bien décrits par Hallervorden, — jonchent les préparations avec leurs abondants dépôts ferriques.

Aux lésions pallidales s'associent celles du *locus niger*. Le fait n'est pas rare. On l'observe dans les états parkinsoniens juvéniles, dont les auteurs séparent nettement leur observation, pour l'identifier à la maladie d'Hallervorden et Spatz et contribuer à l'isoler dans le groupe des *états dysmyéliniques* de C. et O. Vogt.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 février 1938*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 février 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 mars 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mars 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Honorariat

M. le Dr HALBERSTADT est nommé Médecin honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

Nominations

M. le Dr SCHERRER est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord) ;

M. le Dr GUILBERT est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome d'Armentières (Nord) ;

M. le D^r DEVALLET est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

M. le D^r PERRUSSEL est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique départemental de Quimper (Finistère) ;

M. le D^r BRAUSSART est nommé Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le D^r BESSIÈRE est nommé Médecin-Chef à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris ;

M. le D^r BROUSSEAU est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Villejuif (Seine) ;

M. le D^r CHANÈS est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r DUBLINEAU est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r RONDEPIERRE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique d'Armentières (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord) ;

un poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de la Seine-Inférieure ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) ;

un poste de Médecin-Chef à la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher) ;

deux postes de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont (Oise).

Concours pour la nomination à une place de Pharmacien en chef de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire, Montpon-sur-l'Isle (Dordogne)

Un Concours pour la nomination à une place de pharmacien en chef de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire sera ouvert le 21 mars 1938 à deux heures précises, à la Faculté de Médecine et Pharmacie de Bordeaux, Laboratoire de Chimie.

Les Candidats qui voudront concourir devront se faire inscrire à la Préfecture de la Dordogne, Secrétariat Général, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 9 heures à 11 h. 30 et de quatorze à dix-sept heures. Le registre d'inscription sera ouvert du 1^{er} février au 4 mars inclusivement.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



LES « KINÉSIES DE JEU » CHEZ LES IDIOTS

PAR

M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et HENRI EY

On trouve dans les descriptions classiques, et notamment dans les mémoires de Bourneville, l'indication d'une foule de mouvements anormaux chez les idiots. Les « tics », « balancements », « contorsions », « mouvements automatiques », « grimaces », etc., sont en effet, dans l'ordre moteur, l'indice de l'activité psychique rudimentaire de ces êtres fixés à des phases très primitives du développement psycho-moteur.

D'autre part, les neurologues décrivent une série de syndromes moteurs : choréo-athétose, hyperkinésies, dystonies d'attitudes, myoclonies, tremblements, que l'on rencontre fréquemment chez les idiots où ils constituent les syndromes typiques rattachables aux diverses lésions corticales, diencéphaliques ou mésentéphaliques engendrées par les encéphalopathies infantiles (diplégie cérébrale, syndrome de Little, etc.).

Nous nous proposons de décrire ici et d'analyser, dans leur mécanisme psycho-physiologique, une *variété de mouvements qui représentent dans l'ensemble un comportement de jeu et qui se produisent sur un fonds de troubles moteurs élémentaires de type généralement athétosique*. Ces « kinésies de jeu » paraissent

sont avoir peu intéressé les auteurs, à l'exception de Wallon, dont nous citerons plus loin les excellentes descriptions.

Ces mouvements ont été enregistrés cinématographiquement sur un film qui a été projeté, en janvier 1938, à la Société Médico-psychologique (1).

Avant de passer à l'étude proprement dite de ces mouvements, voici d'abord les trois observations de nos petits malades :

OBSERVATION I. — M... Robert. Né en 1930, âgé de 7 ans 1/2, entré à l'asile en 1934, venant d'un service de syphiligraphie où il était soigné depuis six mois. Père inconnu, mère fille-mère, aucun renseignement précis sur sa naissance et son premier développement.

A. A l'entrée, certificat de 24 heures : « Idiotie incomplète, absence de langage. Conduite rudimentaire, mais relativement bien adaptée (acte de manger, attention à l'entourage, actes spontanés). Cris stéréotypés. Mouvements athétosiques. Suture des fontanelles. Crâne augmenté de volume dans son diamètre postérieur. Première dentition complète. »

L'enfant entend, regarde ce qui se passe autour de lui. Langage inexistant. Cris stridents. La station debout et la marche sont impossibles. Les membres inférieurs sont contracturés (paraplégie type Little).

On remarque des mouvements incessants des extrémités de type athétosique.

B. *Evolution.* — En mars 1934, il a présenté quelques petites « crises nerveuses » pendant lesquelles il pleurait et criait sans motifs. En avril-mai 1934, on constate quelques progrès dans son comportement. Il semble s'intéresser davantage aux personnes qui l'entourent. Ses mouvements athétosiques sont incessants. Il commence à se tenir debout. Il suce continuellement son pouce. En octobre 1934, la marche est à peu près correcte. Traitement spécifique (sirop de Ludin). A gagné 5 kilos depuis son entrée. En décembre 1934, il marche seul, trotte toute la journée, commence à être propre.

En 1935, les progrès semblent stabilisés. Il est assez propre, mais gâte encore. Il court dans l'infirmerie, s'amuse souvent avec son ombre.

En 1936, gâtisme seulement nocturne. Se développe très lentement. Manifeste souvent de la jalousie, mais pas de réaction perverse.

En 1937, état stationnaire. Début d'onanisme.

C. *Examen neuro-psychiatrique.*

1° L'équilibre et la marche s'effectuent correctement. Les mouvements de locomotion présentent cependant des anomalies : démarche

(1) Nous nous proposons de reproduire ici quelques images photographiques. Mais de tels comportements perdent plus qu'ils ne gagnent dans une représentation statique. Nous y avons renoncé.

fréquemment plantigrade, en zig-zag, surchargée de mouvements capricieux et imprévus (sauts, rotation, propulsion, arrêt, demi-tour).

2° *Motilité : mouvements volontaires*, maladresse de tous les mouvements. Ne mange pas seul, incapable d'accomplir des mouvements coordonnés répondant à une finalité précise.

3° *Mouvements réflexes* : hyperréflexie ostéo-tendineuse des membres inférieurs. Pas de signe de Babinski.

4° *Mouvements anormaux* : les mouvements athétosiques sont plus rares et moins caractéristiques. On note cependant des mouvements de reptation des extrémités : enroulement autour de l'axe, quelques spasmes toniques d'extension du tronc et surtout des membres supérieurs avec déjètement de la tête. Au niveau de la face, spasme également tonique assez lent avec sifflotement à l'inspiration (spasme respiratoire).

5° *Tonus* : il n'existe pas actuellement de rigidité marquée en dehors des spasmes toniques signalés. Pas de contracture permanente, pas de tremblement.

6° *Troubles trophiques et viscéraux* : pas de troubles vaso-moteurs. Cryptorchidie double. Pas de malformation cardiaque.

7° *Appareils sensoriels*. Rien d'anormal. Réflexes oculaires et fond d'œil normaux.

8° *Activité intellectuelle* : absence de langage et de comportement adapté. Aucun intérêt pour le monde extérieur. On observe quelques manifestations affectives à l'égard des personnes de l'entourage habituel. Il y a lieu de remarquer qu'il ne joue pas avec les objets. Les jouets ne paraissent pas avoir de signification pour lui. Son activité psychique paraît limitée à des cycles moteurs sans adaptation à l'ambiance. Gloutonnerie. Masturbation peu fréquente.

Meinicke et Wassermann négatifs dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien : Alb. 0,15, Leucocytes 1. Wassermann, Pandy, Meinicke, négatifs.

Benjoin, 00000.00200.00000.

OBSERVATION II. — D... Jean, âgé de 13 ans, né en mars 1924, entré à 6 ans à l'asile. Certificat immédiat : « idiotie intellectuelle et morale, arrêt de développement psychique, Absence de langage articulé, prédominance des instincts. Gâtisme. Etat physique précaire.

A. *Antécédents héréditaires* : père inconnu, mère idiote. Un frère né en 1913, idiot avec turbulence, mort à l'asile à l'âge de 13 ans, de tuberculose généralisée.

B. *Antécédents personnels* : aucun renseignement précis. Pendant les premiers temps de son placement à l'asile, on n'a noté aucun progrès important. Ne mangeait pas seul, aimait beaucoup être caressé, se montrait capricieux, aimait à s'amuser avec des jouets rudimentaires (bobine de fil, poupée). Modulations monotones et inarticulées. Gâtisme.

C. *Evolution* : de 1930 à 1937, état stationnaire, la marche est impossible, a cependant appris à manger presque seul. S'intéresse un peu à ce qui l'entoure. Il signale par des cris le fait qu'on frappe à la porte.

D. *Examen neuro-psychiatrique* :

1° *Morphologie* : taille normale, gracilité. Visage à traits fins et réguliers sans dysmorphie cranio-faciale.

2° *Marche et équilibre* : la station debout et la marche sont absolument impossibles, en raison d'une paraplégie spasmodique de type Little.

3° *Motilité* : parésie bi-latérale, maladresse des mouvements, faiblesse de la force musculaire. Impossibilité de coordonner ses mouvements dans des séries d'actes adaptés.

4° *Motilité réflexe* : réflexes ostéo-tendineux très vifs dans tous les segments, droits et gauches ; réflexes cutanés : réflexe crémastérien : faible ; les réflexes cutanés plantaires ne paraissent pas se faire en extension (recherche difficile en raison des mouvements de défense).

5° *Mouvements anormaux* : syndrome d'athétose beaucoup moins marqué qu'il y a quelques années. Mouvements de reptation et d'enroulement des pieds et plus rarement des mains.

6° *Troubles du tonus* : hypotonie. Tendance aux spasmes cloniques. Clonus facile à provoquer et inépuisable de diverses articulations, notamment du cou-de-pied, du poignet et du coude.

7° *Appareils sensoriels* : inégalité pupillaire considérable (gauche plus grande que droite). Réflexes à la lumière normaux. Pas de troubles grossiers de l'audition ou de la vision.

8° *Troubles trophiques* : extrémités froides et cyanosées.

9° *Activité intellectuelle* : langage inexistant, cris inarticulés et perçants. Attention à peu près nulle à l'ambiance à part quelques réactions habituelles ou affectives, d'ailleurs très rares.

10° *Affectivité et vie instinctive* : aucune affectivité différenciée, à l'exception d'une fixation sentimentale rudimentaire à l'infirmière qui s'occupe de lui. Colères fréquentes. Expression de joie, mais jamais de tristesse. Ni érotisme, ni gloutonnerie.

Sang : Meinicke et Wassermann négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : Albumine, 0,15 ; Pandey, Wassermann, Meinicke, négatifs ; Benjoin, 00000.00200.00000.

OBSERVATION III. — O... Odette, née en 1922, âgée de 15 ans, internée à l'âge de 6 ans.

Antécédents héréditaires : rien à signaler, un frère bien portant.

Antécédents personnels : convulsions à l'âge de 18 mois et « crises nerveuses » jusqu'à l'âge de 3 ans. Pas d'acquisitions du langage. Gâtisme. Turbulence. Agressivité.

Certificat d'entrée à l'asile : « imbécillité profonde confinante à l'idiotie, instabilité, turbulence, violences. Ne comprend rien. Langage rudimentaire. Age mental environ 2 ans.

Dans le service, elle s'est avérée atteinte d'idiotie avec quelques réactions agressives. Crises de colère fréquentes. Essaie souvent de mordre ou de pincer les malades. En octobre 1934, elle a été réglée pour la première fois (12 ans). Turbulence continuelle avec grandes crises de colère.

Examen neuro-psychiatrique :

1° *Morphologie* : physiquement assez bien développée sans grands stigmates dégénératifs. Visage régulier.

2° *Equilibre et marche* : la station debout et la locomotion s'effectuent assez correctement. Il existe cependant quelques hésitations dans la marche qui est souvent mal assurée.

3° *Motilité : mouvements volontaires* : la coordination des mouvements s'effectue assez correctement, mais ne s'intègre pas dans des actes intelligents et bien adaptés en raison de sa déficience psychique. Elle est capable, par exemple, d'exécuter des mouvements simples avec précision (ouvrir une boîte et la fermer, ouvrir un tiroir-, tandis qu'elle ne sait pas ouvrir une serrure avec une clé.

4° *Motilité réflexe* : les réflexes ostéo-tendineux sont vifs. L'excitation eutanée plantaire produit, d'une manière inconstante, l'extension de l'orteil des deux côtés.

5° *Mouvements anormaux* : il existe des mouvements athétosiques de reptation au niveau des mains, des bras et des pieds : mouvement de pronation forcée et d'enroulement autour de l'axe survenant sous forme de spasmes toniques d'une durée de 2 à 3 secondes. Aux pieds, on note spécialement l'extension spontanée du gros orteil avec, par moments, des mouvements de flexion et d'extension du pied avec flexion des orteils. Ce sont des mouvements lents et amples. De même, au niveau de la tête, il existe par intervalles, une déviation lente de la tête et du regard.

6° *Tonus* : il n'existe pas de rigidité, mais au contraire un certain degré d'hypotonie. Les mouvements sont assez souples. Mais il y a lieu de noter la *longue persévération des réflexes de posture*.

7° *Appareils sensoriels* : vision, audition et gustation paraissent normales.

8° Il n'existe pas de *troubles trophiques*. La menstruation s'est régulièrement établie à l'âge de 12 ans.

9° *Activité intellectuelle* : absence de langage spontané, mais comprend certains mots et certains ordres. Age mental au-dessous de 3 ans. Elle est capable de comprendre certaines situations concrètes, simples et habituelles et de s'y adapter d'une façon sommaire. Elle reconnaît les aliments, peut manger seule, sait mettre ses souliers, fait un nœud simple sans boucle, tendant ensuite ses souliers à l'infirmière pour qu'on les lui lace. Cependant ne sait pas s'adapter intelligemment à une situation nouvelle même simple. C'est ainsi qu'ayant vu mettre une boîte de bonbons dans un tiroir, elle a bien l'idée quelques instants après de chercher cette boîte dans le tiroir.

Elle tire le tiroir, mais insuffisamment et essaie, sans y parvenir, d'y prendre la boîte. La solution de la difficulté (tirer davantage le tiroir) ne vient pas à son esprit. L'ensemble de son comportement est conforme à cet exemple typique. Dès qu'il s'agit de faire un acte d'intelligence et non plus de simple dressage, elle échoue.

9° *Affectivité. Vie instinctive* : elle manifeste quelques émotions ou sentiments rudimentaires (joie rare, colère fréquente), mais il n'existe aucune fixation sentimentale véritable. Elle se montre très indifférente au monde extérieur et à son entourage. Elle est gourmande. Elle ne manifeste aucun érotisme. Elle éprouve une certaine satisfaction à entendre chanter et se montre capable et contente de répéter des airs qu'elle apprend avec une extrême facilité.

Sang : Meinicke et Wassermann, négatifs.

Description clinique des kinésies de jeu

Nous avons présenté, en janvier 1938, à la Société médico-psychologique, un petit film où se trouvent représentés les principaux aspects des comportements moteurs de nos malades. Nous pouvons décrire cette motilité de la façon suivante :

Le malade M... Robert (Observation I) est le plus jeune des trois malades et aussi le plus arriéré. L'ensemble de ses mouvements est de type très athétosique : petits mouvements des extrémités et de la face, de type arythmique, entortillement des doigts en véritable paquet vermiculaire, reptation, entrelacs, soudain mouvement « à ressort » déclenchant une série d'ondes motrices compliquées autour de cette brusque posture. Il y a lieu de noter cependant que ces mouvements athétosiques sont assez rapides, qu'ils ont parfois une tendance à la répétition rythmique, qu'ils ne sont pas absolument incessants ni exagérés dans les mouvements volontaires. La position assise et le décubitus ne les modifient pas. Ils disparaissent naturellement pendant le sommeil, mais ne disparaissent pas sous l'action du somnifène (1 cc. intramusculaire). Sur ce fond de mouvements athétosiques, se détache un comportement moteur plus complexe, intermittent, variable, plus actif et paraissant entraîner une certaine satisfaction. C'est ce comportement qui nous semble représenter une véritable « kinésie de jeu ». Robert regarde ses mains. Il se produit des mouvements déliés très fins, très différenciés des doigts, du type de ce que nous avons décrit plus haut. Mais maintenant, la série des mouvements est prolongée, « cultivée ». Elle se déroule dans le champ visuel du sujet qui regarde avec intérêt ses jeux d'arabesques motrices. Il saute d'un

mouvement à un autre. Certainement, les troubles moteurs élémentaires précédemment décrits paraissent être le point de départ de toutes ces « mélodies » kinétiques, mais ils sont amplifiés, répétés, avec joie et complaisance. Le regard s'associe au jeu moteur pour le développer, l'amplifier jusqu'à des contorsions de prestidigitateur, des attitudes bizarres, de très grande amplitude, des mouvements de clown, parfois des gambades et un temps de course. La mimique participe également à ces frénésies motrices. Des grimaces, et surtout des émissions phonétiques indifférenciées (sons, sifflements, aspirations bruyantes), se mêlent au jeu. L'ensemble de ces mouvements subit des variations sans nombre, contrastant avec le caractère monotone et pauvre des mouvements proprement athétosiques. Il semble exister une « invention » motrice prodigieuse, surtout lorsque le petit Robert est laissé dans son cadre habituel et que l'on voit se produire, à intervalles réguliers, ces « crises » de mouvements auxquels il prend un plaisir évident et exclusif. Ce comportement disparaît sous l'influence de 1 cc. de somnifène.

Le malade D... Jean (Observation II) présente des mouvements de torsion lente, arythmique des pieds. Ils s'enroulent autour de leur axe dans un spasme tonique presque constant. Rarement, mais quelquefois, on observe des ébauches de mouvements athétosiques des doigts, surtout d'un seul doigt à la fois, qui présente une sorte de mouvement vermiculaire. C'est sur ce *fond* de mouvements de type athétosique, à rapprocher également du phénomène de clonus inépuisable, que l'on constate, au niveau de plusieurs articulations, et à droite comme à gauche ; c'est sur ce fond de motilité, où alternent les tendances à la rigidité hypertonique et aux mouvements clono-rythmiques, que se rattache le comportement moteur qui nous paraît présenter une véritable *kinésie de jeu*. Le cycle de son comportement moteur oscille entre des mouvements rudimentaires, automatiques et, pour ainsi dire, incessants, et une activité motrice essentiellement expressive, généralement en rapport avec une émotion joyeuse (le plus souvent quand la porte s'ouvre et qu'il entre quelqu'un, ce qui déclenche de l'intérêt et de la satisfaction). Il s'agit alors d'une série de mouvements de latéralité des mains, rythmiques et très rapides. Les mains sont ballottées avec une grande agilité du poignet dans un geste symétrique et synchrone de déjettement de la main comme dans le geste de défense qui suit une brûlure. Ces mouvements sont de très grande amplitude, et répétés à cette fréquence très rapide pendant plusieurs moments parfois.

Ils ne surviennent pas seulement dans ces conditions. Ils surgissent à intervalles irréguliers et fréquents, et constituent le comportement moteur privilégié de Jean. Ils s'accompagnent de mouvements analogues de flexions de l'avant-bras sur le bras et surtout de balancements. La mimique offre alors l'expression de la joie. Le déclenchement de cette forme kinétique prend toujours son point de départ dans une attitude de bien-être et de satisfaction. Une fois mis en train, le mouvement persiste comme en renforçant l'expression euphorique. Il est impossible de ne pas donner, à cet ensemble moteur, la valeur d'un jeu par suite de l'expression de ravissement et de complaisance dans cette expression motrice qui se manifeste objectivement euphorique dans son déclenchement comme dans sa persévération. Il n'existe pas d'autre comportement moteur complexe et cette *kinésie de jeu* paraît représenter le maximum d'organisation motrice possible chez cet idiot.

La malade O... Odette (Observation III) a des troubles de la motilité exactement superposables. Il existe chez elle des troubles moteurs élémentaires, exagération des réflexes de posture, mouvements athétosiques lents d'enroulement, et dans l'ensemble, une disposition spéciale aux mouvements forcés, compliqués, « ornementaux ». Généralement, ses attitudes et ses mouvements ont quelque chose de « maniéré » et de « contourné ». Il se produit, à propos de ces déclenchements moteurs de type athétosique, une éclosion d'arabesques motrices : jeux des articulations digitales et prédominance sur l'index gauche, mais affectant plusieurs doigts d'une main et passant ensuite à l'autre main. Il n'existe pas de cycles moteurs constants. La variabilité des séries est très grande et imprévisible. En dehors des doigts intéressés isolément ou en groupes ou par séries, des décharges motrices complexes se propagent aux mains dans des attitudes gracieuses et théâtrales, à la tête, au cou et enfin au tronc. La forme la plus complète de ce comportement est effectivement une oscillation pendulaire et caricaturale du tronc avec inclination de la tête d'un côté et déviation des yeux de l'autre côté, avec accompagnement de jeux complexes de mouvements digitaux très fins et déliés, et avec chantonement. Ce déroulement moteur, assez variable dans ses expressions successives, dure quelques minutes, parfois quelques secondes. Il naît à propos de tout et de rien. Il rappelle les mouvements de locomotion, de course ou de vol qui surviennent chez les animaux en cage : ils s'immobilisent, exécutent quelques mouvements et se laissent entraîner dans une

succession de comportements qui constituent toute leur activité. Tel est le cas d'Odette. Elle « se pose » parfois, se nourrit, exécute quelque action sommaire, mais adaptée. La plupart du temps, cependant, sur le fonds immuable et fondamental de ses troubles moteurs, elle brode une série de mouvements compliqués dans lesquels elle s'engage à fond, avec ardeur et satisfaction. C'est ce comportement fondamental qui utilise des capacités motrices exclusives de toute autre activité, qui nous paraît mériter le nom de *kinésie de jeu*.

Si nous voulons maintenant définir cliniquement ces *kinésies de jeu chez les idiots*, nous pouvons mettre en évidence un certain nombre de caractères :

- 1° Elles se produisent sur un fonds d'athétose discrète.
- 2° Elles se déroulent à travers une série de mouvements *complexes, variables* et à *tendance rythmique*.
- 3° Elles s'accompagnent de manifestations de *satisfaction*.
- 4° Elles surviennent durant les pauses de l'activité utile ou adaptée, et sous forme de *comportement intermittent*.

Peut-être, si notre observation se vérifiait sur une plus grande échelle, pourrait-on ajouter qu'elles s'observent chez les idiots enfants et adolescents, et pas chez les adultes.

Analyse pathogénique des kinésies de jeu

Nous avons signalé, au début de ce travail, que les descriptions de ces comportements, qui n'avaient pas échappé aux cliniciens, se trouvent généralement mêlés, dans les livres sur les idiots, aux descriptions des mouvements athétosiques ou des tics. Il nous semble qu'il s'agit là de comportements plus globaux, qui paraissent s'intégrer dans une activité de conscience narcissique et ludique. C'est déjà dans ce sens que Wallon a situé ce niveau de comportement dans ce qu'il appelle la « conscience sensitive », laquelle prend ses origines dans l'élaboration des fonctions viscérales et toniques qui caractériseraient une phase de développement antérieur à celle de la conscience objective. Voici d'ailleurs la description remarquable qu'il donne des mouvements que nous avons rencontrés chez nos malades. Nous le citons longuement, car on ne saurait mieux dire :

L'assujettissement à leurs impressions somatiques, de ceux qui sont dépourvus d'autres possibilités de conscience, apparaît en maintes occasions. Capable de poursuivre des fins extérieures à lui-même,

les motifs de son activité auraient eu vite fait de réduire la sensation, qui leur était contraire ou étrangère. Semblable élimination est de constatation quotidienne. Mille impressions naissantes sont constamment supprimées par l'acte à exécuter. Mais dès que l'aptitude à le réaliser se relâche et que se désagrègent, que s'effacent les images et représentations que la conscience peut formuler en intentions ou notions objectives ; comme il arrive dans les états de somnolence et de rêverie, la voici qui se trouve toute livrée aux échos de la vie organique. Faute d'agent réducteur, la cause initiale peut bien disparaître, le geste appris, l'habitude acquise ne se défont plus. D'où les stéréotypies si fréquentes chez le distrait, le dément et l'idiot. L'une des plus fréquentes est le balancement de la tête ou du tronc, auquel se livrent de nombreux enfants. En réalité, il s'agit plutôt d'un mouvement, qui obéit à la recherche de sensations à la fois semblables et dissemblables entre elles. Son aspect rythmé, et ses variations de rythme le montrent bien, ainsi d'ailleurs que son passage alterné par des phases affectives, qui se reconnaissent aux cris plus doux ou plus stridents, aux variations dans la coloration de la face, dans l'éclat des yeux, dans le flux salivaire, etc... Les gestes capables par eux-mêmes de fournir à l'activité un thème et des variations appartiennent à la série des contractions lentes, progressives, qui déplacent les segments du corps comme sous l'influence d'une crampe ou par un mouvement de reptation, et semblent parfois n'avoir d'autre but que la recherche d'attitudes alambiquées. Ils relèvent essentiellement du système tonique et postural. Bien que prédominant habituellement aux extrémités et, particulièrement dans les mains et dans les doigts, leur onde peut se propager aussi des membres au tronc et du tronc vers les membres. Pathologiques, ils sont caractéristiques de l'athétose, cultivés ils donnent lieu à certaines danses orientales ; mais leurs contorsions se retrouvent dans des actes utiles comme de grimper, de se glisser ou de se déplacer sur le sol sans l'aide des membres. Nombre d'idiot se laissent de longs instants, des heures entières, absorber par le tortillement de leurs doigts, par le jeu prolongé de leurs articulations, dont le relâchement graduel peut aboutir à de véritables subluxations. Certains atteignent à des gestes déliés de pianotement, de chiquenaude, dont la souplesse, la délicatesse et l'élégance sont remarquables. D'autres déploient dans l'espace leurs lentes et mystérieuses arabesques, qui restent parfois suspendues comme une interrogation, ou sont interrompues de brusques et frénétiques secousses. Il y en a enfin qui, dans leur bain ou par terre, s'allongent, se détendent, se mettent en boule, se roulent et s'étirent comme des vers, s'accrochent et grimpent à tout ce qu'ils saisissent. Dans le domaine de la mimique et du visage, où l'action tonique prédomine, le jeu des contractions offre chez beaucoup le même aspect d'assiduité (1).

(1) H. WALLON. — *L'enfant turbulent*, p. 90 à 95.

Nous désirons, pour notre part, aller plus loin que Wallon dans la voie qui tend à restituer une valeur *expressive* à ces comportements. C'est dans ce sens que nous soulignerons : 1° la différence de ces mouvements et des mouvements athétosiques ; 2° la valeur d'un comportement de jeu inhérent à ces kinésies.

DIFFÉRENCE DES KINÉSIES DE JEU ET DES MOUVEMENTS ATHÉTOSIQUES. — Mouvements lents, amples, arythmiques, frappant d'une manière incessante les extrémités et accrus dans les mouvements volontaires, tels sont les mouvements athétosiques. On a l'habitude de décrire, sous cette dénomination, parce qu'en fait ils se trouvent associés à de tels troubles, les mouvements alambiqués et vermiculaires analogues aux « mouvements des doigts des danseuses cambodgiennes » ou « mouvements tentaculaires des poulpes », etc... Les comportements que nous venons de décrire, avec leurs caractères cliniques de comportements complexes, variables, intermittents, euphoriques, ont sans doute des rapports avec l'athétose, mais dépassent de beaucoup le cadre de l'athétose. Ils supposent le trouble athétosique, la tendance aux spasmes toniques, à la persévération d'une onde motrice mélodique, mais ils paraissent représenter une réaction psychomotrice beaucoup plus significative et globale. Il ne s'agit pas seulement de fragments de fonctions motrices automatiques, mais d'un mode d'activité. Les critères pratiques de différenciation entre les cas d'athétose pure et chez le même malade entre le trouble athétosique et ces kinésies plus complexes sont : 1° leur inconstance ; 2° leurs relations avec l'attention intéressée du malade ; 3° l'euphorie qu'elles engendrent ; 4° leur apparition brusque dans les périodes d'inactivité ; 5° leur inhibition par l'activité adaptée (volontaire). Peut-être pourrait-on ajouter le fait que ces comportements disparaissent les premiers sous l'action du somnifène, comme nous l'avons vu dans le cas de Robert. Nous devons cependant ajouter que, chez Odette, une injection intramusculaire de 2 cc. de somnifène n'a produit de modification d'aucune sorte. Il y aurait lieu, par conséquent, de pousser cette étude que nous ébauchons seulement ici.

VALEUR DE JEU NARCISSIQUE DE CES COMPORTEMENTS. — Nous devons particulièrement insister sur le fait que ces sujets atteints d'idiotie ont une vie de relation à peu près nulle. Ils sont, pour ainsi dire, isolés du monde extérieur par leur incapacité de s'y adapter et placés à l'intérieur d'un cercle étroit et fermé de leur activité motrice « court-circuitée », « réfléchie » sur elle-même.

Robert est le plus typique (c'est aussi le plus jeune d'ailleurs). Jean est un peu moins « muré » dans ses fonctions sensori-motrice qui alimentent le champ de son corps propre. Odette présente quelques points d'application de son psychisme au monde extérieur. Elle saisit une balle et la renvoie. Elle s'intéresse à certains objets pour en tirer de l'utilité ou un plaisir (souliers, boîte de bonbons, miroir). Mais cependant, elle ne s'intéresse pas aux jouets. Elle ne s'amuse jamais avec ses compagnes. A ce point de vue, les mouvements que nous avons décrits représentent le matériel même de l'acte de jouer : ils jouent avec leurs mouvements, perpétuent, dans de longues mélodies motrices, le plaisir de remuer, de peupler par le jeu de thèmes moteurs, leur conscience essentiellement subjective, « sensible », comme dit Wallon.

Nous avons cru noter — et cette observation demanderait à être confirmée — que, chez les idiots adultes, on n'observait pas de tels comportements, alors que les troubles choréo-athétosiques persistent avec leurs caractères typiques.

Il nous semble donc que les kinésies de jeu sont l'expression du désir de jouer avec son corps, de le manipuler, d'en jouer comme d'un instrument, comme si la conscience, incapable de se déployer dans le monde extérieur, restait adhérente aux fonctions sensori-motrices du corps propre, s'y réfléchissait et s'y perpétuait dans les inflexions du tonus musculaire (Wallon). Par là, une telle satisfaction ludique tirée des mouvements du corps rejoint ce que les psychanalystes ont appelé le narcissisme, sorte d'auto-érotisme initialement diffus, prégénital. C'est une fixation à la phase sensori-motrice pure, narcissique, du développement individuel que représente l'ensemble du comportement psycho-moteur de nos idiots. De cette « arriération », les lésions centrales, corticales et sous-jacentes, peuvent nous rendre compte, ainsi que les troubles élémentaires du tonus du type athétose qui correspondent à des lésions vraisemblablement diencéphaliques, mais l'activité propre de ce niveau d'arriération est solidaire comme expressions et tendances de jeu, d'une fixation à un certain stade de développement de la vie des instincts.

Nous avons tenté de conduire cette brève étude comme nous avions déjà traité un sujet analogue : les syndromes hyperkinétiques striés et les troubles mentaux (1).

Il ne nous paraît pas possible de considérer, dans des cas

(1) Henri Ey et J. PICARD. — Congrès de Zurich, 1936.

d'arriération psychique, comme dans les cas de dissolution uniforme de l'activité psychique, des symptômes élémentaires comme le support et encore moins les facteurs générateurs de cycles psycho-moteurs plus vastes. Il existe, dans le cas que nous envisageons d'un point de vue *négatif*, une condition générale des troubles qui fixe le développement à une phase très « archaïque », à laquelle correspondent des fonctions motrices anarchiques et fragmentaires (troubles athétosiques) et, d'un point de vue *positif*, une organisation primitive de l'activité instinctive sur le plan d'une conscience purement « subjective », « narcissique et ludique », « en circuit fermé ». C'est ainsi qu'à notre avis, ces *kinésies* (ou parakinésies, ce qui serait peut-être mieux) sont distinctes des simples troubles athétosiques proprement neurologiques lesquels sont plus automatiques et fragmentaires. Nous pouvons ainsi conclure comme nous terminions le travail précédemment cité : c'est entre les troubles athétosiques proprement dits et ces kinésies (ou parakinésies) de jeu par arriération des fonctions psychiques que se trouve, à nos yeux, la véritable différence qui sépare les troubles nerveux et les troubles psychiques, ou si l'on veut, la neurologie et la psychiatrie. Dans un cas, il s'agit de perturbations « locales », comme aurait dit Jackson, n'entamant pas la personnalité en cours de formation. Dans l'autre, il s'agit d'arriération psychique. Dans les deux cas naturellement, il existe des processus cérébraux qui conditionnent l'un et l'autre troubles. Nous pouvons également répéter que c'est peut-être faute de ne pas envisager les faits dans cette perspective que l'opposition de la neurologie et de la psychiatrie porte si souvent à faux... D'où la nécessité d'envisager les faits psychopathiques dans leur perspective propre et non pas sur le modèle proprement neurologique. Ceci n'exclut pas du tout une conception organique ou physiopathologique cérébrale des troubles psychiques, conception qui est évidemment la seule possible à condition d'intégrer profondément, dans l'étude des niveaux de dissolution, la part instinctivo-affective structurale sous-jacente. C'est dans ce sens que nous disons en terminant : 1° que certains idiots porteurs de troubles du type athétosique restent fixés à une phase narcissique de leur développement instinctif par leurs lésions cérébrales ; 2° que l'on rencontre chez eux, sur *un fond* de troubles élémentaires du tonus, des comportements qui constituent de véritables kinésies de jeu, vrais cycles moteurs fermés, utilisant des fonctions motrices troublées.

SUR LES MODIFICATIONS POST-TRAUMATIQUES DU SYSTÈME NERVEUX CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

PAR

N. OSERETZKY et M^{lle} le D^r Z. STCHEGLOVA (1)

L'étude clinique des modifications post-traumatiques du système nerveux chez l'enfant et l'adolescent a été très négligée. La littérature médicale ne lui prêtant qu'un intérêt médiocre, la publication de nos observations, qui portent sur un total de 346 enfants des deux sexes âgés de 4 à 17 ans, nous paraît justifiée. En vue des conclusions à en tirer, nous avons classé nos cas en trois groupes :

1° traumatismes du crâne avec fracture des os : 42 cas, 34 garçons, 8 filles ;

2° traumatismes crâniens, sans fracture : 139 cas, 105 g., 34 f. ;

3° traumatismes du tronc et des extrémités : a) fractures sans amputation consécutive : 89 cas, 63 g., 26 f. ; b) avec amputation des extrémités : 76 cas, 67 g., 9 f.

Les cas de contusion du tronc et des extrémités sans fractures restent en dehors de notre étude.

1. Traumatismes du crâne avec fracture

Nous rangeons dans ce groupe les fractures de la base du crâne et tous les cas où l'intégrité des autres os crâniens est altérée.

Une perte de connaissance dont la durée a varié, suivant les cas, de quelques heures à plusieurs jours, a fait suite immédia-

(1) Travail de l'Institut pour le rétablissement de l'aptitude au travail des enfants physiquement insuffisants, au nom du P^r H. Turner. Directeur : D^r N. Chnirman, et de la Clinique psychiatrique des enfants du Premier Institut Médical. Directeur : Professeur Oséretzky, Léninegrad.

tement au traumatisme. Elle n'a duré que quelques minutes dans une fracture du pariétal et une heure environ après une fracture de l'os frontal.

Avec un pourcentage relativement faible (9,3 p. 100) sont apparus, après le trauma des syncopes, de la stupeur, un état délirant, de l'onirisme.

Quel que soit le siège de la lésion, le traumatisme s'accompagne de vomissements, le plus souvent à répétition.

Il y a eu épanchement de sang par l'oreille dans 7 cas sur 15 de fracture de la base du crâne ; écoulement du liquide par l'oreille dans un cas.

Les malades de chacun des trois groupes nous sont adressés en moyenne 4-5 mois après le trauma, parfois plus tard, rarement plus tôt. Il y a des cas que nous gardons en observation de 1 an 1/2 à 2 ans, d'autres jusqu'à 4 ans.

Le premier examen des malades a révélé dans 33 cas de la céphalée aggravée dans 10 cas de vertiges, dans un cas d'évanouissement, dans deux d'attaques convulsives qu'accompagnaient d'habitude des épisodes fébriles.

5 de nos malades accusèrent un sommeil troublé et agité, 2 de l'insomnie.

Dans la suite, les céphalées et les vertiges disparurent dans 4 cas. Dans tous les autres cas les troubles persistèrent.

L'examen neurologique a permis de constater du nystagmus horizontal dans 17 cas, vertical dans 2 ; des parésies oculo-motrices dans 11 cas, de la parésie faciale dans 5 ; des parésies ou paralysies des extrémités dans 7 cas ; de l'inégalité des réflexes et du clonus du pied sans signes parétiques dans 6 et 4 cas ; de la diminution de l'ouïe chez 7 malades.

Un examen ultérieur a montré la disparition ou l'amendement partiel des troubles ci-dessus énumérés : disparition du nystagmus 6 mois après le traumatisme dans 6 cas, de la parésie oculo-motrice dans 4, de la paralysie faciale dans 3, du clonus du pied dans 5. L'ouïe est presque complètement rétablie dans 2 cas et s'est considérablement améliorée dans un.

Il nous a été impossible de comparer le résultat de nos examens personnels avec les résultats fournis par les hôpitaux où les enfants ont été hospitalisés tout de suite après l'accident parce que l'examen y a été trop superficiel et les symptômes délicats n'ont pas été reconnus. Seuls les gros troubles neurologiques, tels que paralysies, parésies prononcées des extrémités ont été enregistrés. D'où impossibilité de se prononcer catégoriquement sur la tendance de certains symptômes neurologiques à

s'atténuer ou à disparaître avec le temps, conclusion que nos observations sembleraient pourtant autoriser.

En regard des cas nombreux où une amélioration s'est produite avec le temps, il en existe d'autres où les troubles se sont aggravés. Il s'agit en premier lieu des attaques convulsives qui ont été observées dans 14,3 p. 100 des cas. Elles sont apparues d'ordinaire dans les 18 mois qui ont suivi le trauma. Rarement elles ne sont survenues que 2, 3 ou 4 ans après. Sans entrer dans la description détaillée de l'épilepsie traumatique, notons que dans nos cas l'attaque, d'abord partielle, devenait dans la suite, après 6 mois et plus, une crise généralisée. Il nous paraît nécessaire d'attirer l'attention sur ce fait, car dans nombre de cas ces attaques ont occasionné un faux diagnostic d'épilepsie jacksonienne et l'intervention chirurgicale a été pratiquée sans effet thérapeutique notable.

Les modifications du psychisme constituent un symptôme post-traumatique tardif. Les troubles de la mémoire sont fréquents (41 p. 100). A côté d'une faculté perceptive intacte, on constate une rétention compromise, avec intégrité relative des souvenirs se rapportant à des faits anciens, antérieurs au traumatisme. Les malades et leur entourage s'aperçoivent bientôt de ce déficit. Il y a cependant des cas fort rares où le trouble fait son apparition quelques mois après l'accident. Nous n'avons jamais rencontré d'exacerbation progressive ; l'amélioration se manifeste peu à peu ; elle s'est produite dans 18 p. 100 de nos cas, nous pouvons donc conclure à une constance relative.

Deux de nos malades ont manifesté une démence accompagnée de conduite morioforme. L'apparition du trouble a suivi de près le traumatisme et une observation de 4 ans montre sa stabilité relative.

Très fréquentes (58 p. 100) sont diverses modifications de la sphère émotivo-volitive. On peut les réduire, en synthétisant, aux deux syndromes suivants : 1° irritabilité exagérée, violence, caractère coléreux, entêtement, agitation psycho-motrice, cruauté. Ce syndrome s'observe dans la grande majorité de nos cas ; 2° instabilité extrême, apathie, lenteur, sommeil agité, instabilité vaso-motrice. Le syndrome ne se rencontre que dans des cas isolés.

De telles modifications font leur apparition de 2 à 3 mois et quelquefois plus après le trauma. Elles tendent à s'améliorer sous l'influence d'une pédagogie appropriée, sans cependant disparaître définitivement.

Il est intéressant de relever que jamais la fixation émotive sur les circonstances du traumatisme n'est passée au premier plan.

Telles sont dans leurs larges traits les modifications post-traumatiques de ce groupe. Elles peuvent être, dans leur essentiel, caractérisées par une forme évolutive curieuse de l'encéphalopathie.

2. Les traumatismes du crâne sans fractures

Ce groupe est représenté par 139 cas. Dans la majorité le traumatisme est suivi d'une perte de connaissance qui dure, selon les cas, de quelques minutes à une ou deux heures ; d'autres fois, mais le fait est beaucoup plus rare, elle a été de plus courte durée; dans le reste des cas la conscience a été conservée. Plus de la moitié (54 p. 100) a présenté des vomissements, qui se sont réduits le plus souvent à un seul.

Les résultats du premier examen ont été les suivants : 64 sujets accusèrent des céphalées compliquées chez 18 de vertiges survenant le plus souvent à l'occasion de mouvements brusques : saut, flexion exagérée, etc. La fréquence d'un sommeil agité a été de 40,2 p. 100, celle de l'insomnie de 4,3 p. 100. Dans certains cas (14 p. 100), le traumatisme a causé de l'incontinence nocturne d'urine, à laquelle s'ajoutait parfois du bégaiement. Isolé celui-ci a été rencontré dans 8,3 p. 100 de nos cas. Ces deux symptômes ont été observés presque exclusivement chez des enfants et une seule fois chez l'adolescent.

Les symptômes que nous venons de mentionner ont disparu dans la majorité des cas sans laisser de traces au bout de 1-2 ans, quelquefois plus tôt. Dans les autres cas ils présentaient des périodes de disparition et de réapparition.

L'examen neurologique révèle, à côté de symptômes d'origine organique, divers troubles végétatifs (47,4 p. 100), observés dans le groupe précédent seulement dans 3 cas.

En outre l'examen permet de constater : chez 27 (14) (1) du nystagmus, chez 14 (9) une parésie des nerfs oculo-moteurs, chez 19 (7) une parésie du nerf facial. Des paralysies et parésies ont été signalées dans 5 (4) cas, l'irrégularité des réflexes sans signes parétiques dans 19 (5), le clonus du pied sans signes parétiques dans 3 (0), la diminution de l'ouïe dans 16 (14), la baisse de l'acuité visuelle dans 5 (5). Comme dans le groupe précédent ces symptômes ont dans certains cas disparu ou se sont notablement atténués.

(1) Nous mettons entre parenthèses le nombre des cas où les symptômes persistent 1 1/2 à 2 ans après le trauma.

Aucun des sujets de ce groupe n'a présenté de démence. Les troubles de la mémoire, relevés dans 53,2 p. 100 des cas, ont eu chez la grande majorité des causes différentes de celles que nous avons observées dans le premier groupe. Ici l'insuffisance de la mémoire est intimement liée à une attention rapidement épuisée et distraite, à une fatigabilité exagérée et un manque de confiance en soi, en ses forces. Il n'y a eu de perturbation ni dans la mémoire du conçu, ni dans celle des faits anciens précédant le traumatisme. Un régime fortifiant, une influence pédagogique rationnelle ont souvent abouti à une amélioration considérable (1) :

Les troubles de la mémoire, d'ordinaire immédiatement consécutifs au traumatisme, coïncidaient avec les désordres de la sphère émotivo-volitive, lesquels, quoique très variés, peuvent rentrer dans le cadre de deux syndromes : 1° *névrosique*, dont la caractéristique essentielle était faiblesse, irritabilité, épuisement du système nerveux ; 2° *psychopathique*.

Dans le syndrome névrosique on signale un fond d'humeur déprimée et apathique, des pleurs excessivement faciles, de l'irritabilité se produisant par courtes poussées affectives et aboutissant d'ordinaire aux larmes, de l'épuisement rapide, une fatigabilité extrêmement accusée. L'association de troubles végétatifs nettement prononcés (instabilité démesurée des vaso-moteurs, hypersudation, acrocyanose, sommeil agité, insomnie, appétit capricieux, électif, etc.) est la règle. Le bégaiement et l'incontinence d'urine ainsi que les terreurs nocturnes et diurnes sont observées seulement chez les enfants (17 cas), des obsessions motrices dans 9 cas. Chez un certain nombre de sujets on voit survenir à la suite du traumatisme une fixation émotive sur les événements du trauma : les uns ne se décident pas à traverser la rue ou à sortir seuls, d'autres ont peur des vêtements portés le jour de la catastrophe, d'autres encore manifestent une sensibilité excessive aux bruits ; il y en a qui rêvaient de l'accident. Le syndrome névrosique est constaté dans la majorité de ce groupe (59,3 p. 100).

Le syndrome psychopathique, observé dans 15,2 p. 100 des cas, a pour caractères principaux l'emportement, l'irritabilité coléreuse, l'agressivité, l'entêtement, une agitation psycho-

(1) Chez les autres sujets en épreuve les troubles de la mémoire étaient de tous points identiques à ce qu'on constate dans le groupe précédent. Ils n'étaient pas immédiatement consécutifs au traumatisme, mais survenaient au bout d'un certain temps (de quelques mois à une demi-année).

motrice considérable. Certains enfants ont manifesté une exaltation des fonctions d'ordre inférieur (gastriques, sexuelles, etc.) et devenaient brutaux, tenaces dans leur réalisation. Les troubles végétatifs n'existaient que dans des cas isolés. La fixation émotionnelle sur les événements du trauma est d'observation très rare.

Les autres enfants n'ont pas manifesté de troubles appréciables dans la sphère émotionnelle-volitiv.

Quant à son évolution, le syndrome névrosique montre une tendance à s'atténuer avec le temps. Néanmoins, dans toute une série de cas, les circonstances de la vie courante le favorisant, il fournit un terrain propice à divers états réactionnels (réaction hystérique, dépression réactive, etc.). Le syndrome a une constance relative.

Il importe de noter que le début après 2-3 ans et plus de complications tardives sous forme de crises convulsives (4,6 p. 100 de ce groupe) est d'observation fréquente chez les enfants présentant le syndrome psychopathique, très rare dans le syndrome névrosique. Il est presque toujours absent chez les enfants qui n'ont présenté aucun trouble de nature émotionnelle-volitiv après le traumatisme. Ce fait, semble-t-il, peut fournir des renseignements pour le pronostic des suites éloignées possibles du trauma.

3. Les traumatismes du tronc et des extrémités

Nous classons ceux-ci en 2 subdivisions : 1° fracture sans amputation consécutive ; 2° avec amputation des extrémités. Les deux subdivisions sont semblables quant au choc physique et à la commotion cérébrale qui s'est produite dans une partie des cas. Mais l'évolution clinique prend des caractères particuliers, le déficit physique occasionnant souvent chez les amputés la production de divers syndromes névrosiques.

Dans la première subdivision se rangent les cas accompagnés de commotion cérébrale (37,2 p. 100) et ceux où elle ne s'est traduite par aucun signe clinique, ce qui conduit à penser que le trauma n'a provoqué qu'un choc émotionnel (62,8 p. 100).

Les cas avec commotion cérébrale sont identiques à ceux du groupe précédent. Le syndrome névrosique y est d'ordinaire présent. Les microsymptômes organiques y sont en proportion minime et les modifications de nature émotionnelle-volitiv se rapprochent plutôt dans ces cas du syndrome psychopathique.

Dans les cas où l'existence de la commotion cérébrale n'est pas démontrée, le tableau clinique peut être caractérisé comme une

« névrose de peur ». On note alors, comme une suite immédiate du traumatisme, un sommeil inquiet, des terreurs nocturnes, des cauchemars, de l'excitation psycho-motrice s'exagérant le soir, de l'anxiété. Ces symptômes persistent quelques jours, rarement plusieurs semaines, s'effacent ensuite pour céder la place à une humeur capricieuse et irritable, à une fatigabilité exagérée, à une attention distraite. Dans cette période les malades accusent assez souvent de la céphalée, de l'apathie, de la lenteur dans les processus psychiques. Il n'est pas rare que des troubles de l'appareil cardio-vasculaire viennent s'y ajouter (instabilité des vaso-moteurs, fréquence du pouls, etc.). Nous avons eu l'occasion d'observer 2 cas où la dite névrose a pris une forme grave avec obsessions et conceptions illusoire. Les deux enfants ont été internés dans une maison de santé où ces signes morbides disparurent en 2-3 semaines.

Le tableau clinique que nous venons de décrire est plus fréquent au cours de la première enfance et à l'âge scolaire. Il n'est pas rare, surtout chez l'adolescent, que toutes les modifications post-traumatiques soient réduites à 1-2 symptômes : cauchemars et troubles de l'appareil cardio-vasculaire. Dans des cas isolés on signale des craintes exagérées, du bégaiement, de l'incontinence nocturne d'urine, des tics convulsifs, de l'irritabilité, des pleurs faciles, etc. Chez les enfants sains avant le traumatisme, la « névrose de peur » a manifesté une évolution relativement légère : tous les signes morbides ont définitivement disparu au bout d'un ou deux mois (rarement plus tard chez les petits, quelquefois au-delà de six mois chez les aînés). Les récives sont extrêmement rares et se produisent habituellement dans des circonstances qui rappellent pour une cause ou pour une autre l'accident éprouvé. Chez les prédisposés (psychopathes) et chez les déficients biologiques (oligophrènes, lésions organiques) la névrose en question est souvent d'évolution lente.

Chez les amputés le syndrome névrosique, observé dans les cas où le tableau clinique d'une commotion cérébrale a été établi, présente des caractères quelque peu différents de ceux que nous venons de décrire pour les contusions. A l'épuisement rapide du système nerveux, à la dépression physique, à la faiblesse d'inhibition et à la réactivité exagérée (de type hystérique) s'ajoute l'agressivité : les enfants deviennent méchants, se livrent à des emportements violents, manifestent des entêtements difficiles à maîtriser et une émotivité émoussée. Le plus souvent ces derniers symptômes ne sont rien de plus qu'une réaction résultant du déficit physique. Ils disparaissent assez facilement sous

l'action d'une éducation bien comprise et disciplinée, alors que les signes névrotiques déterminés par les commotions cérébrales persistent un temps plus ou moins long. L'âge exerce une influence indéniable : les plus jeunes sont moins sensibles à l'infirmité post-traumatique. Il est possible que cela dépende pour une part de l'absence chez eux du fantôme des amputés, lequel si souvent rappelle aux enfants plus âgés leur insuffisance physique.

Nous n'avons jamais observé le fantôme des amputés dans la première enfance ; à partir de 7-8 ans sa présence était la règle. Chez les plus jeunes sa durée est moindre, bien qu'il ne soit pas rare dans les premières années scolaires que le symptôme se maintienne 2-3 ans au-delà de l'opération. Nos observations ont montré que le fantôme des amputés s'éteint plus vite en cas d'amputation haute ; dans les amputations du poignet et du pied sa persistance était relativement plus longue. Chez les uns il se produisait à l'occasion du moindre changement d'attitude, chez les autres par suite de modifications atmosphériques (par le froid surtout), chez d'autres encore par compression prolongée du moignon (dans la station assise par exemple). Indépendamment de la partie amputée le symptôme se traduisait d'ordinaire par des fourmillements, des malaises, de légers picotements et rarement par des sensations douloureuses occupant les doigts et les orteils (le plus souvent le pouce et le cinquième). Exceptionnellement, les douleurs sont ressenties à la jambe et au coude dans les cas d'amputation haute.

Dans les autres cas de la seconde subdivision, qui s'élèvent à 65,8 0/0, ni l'anamnèse, ni l'examen clinique, ni l'observation n'ont constaté de commotion cérébrale. Ici, comme dans la première subdivision, la « névrose de peur » a immédiatement suivi le traumatisme coïncidant assez fréquemment avec des signes cliniques qui traduisent un sentiment de diminution personnelle : manque de confiance en soi, en ses forces, débilité psychique, faiblesse, sensibilité accentuée, amour-propre aiguisé, caprices, irritabilité, méfiance, agressivité, etc... Tous ces signes se manifestaient dans des combinaisons très variées selon l'âge, la constitution, le moment où la prothèse est appliquée, et surtout le milieu et l'éducation. Les plus jeunes sont moins sensibles à l'insuffisance physique. Chez les prédisposés (psychopathes), on constate parfois une exacerbation des traits endogènes de leur nature. Chez les enfants qui jouissaient, avant le trauma, d'une bonne santé psychique, un entourage favorable et une éducation systématique mettaient obstacle à l'apparition de ces

traits ou, s'ils se développaient quand même, tempéraient leur manifestation : dans ce dernier cas, les symptômes s'effaçaient assez facilement.

En résumé, sans revenir sur les conclusions déjà émises au cours de cet article, nous tenons à souligner encore une fois que :

1° Les contusions cérébrales (et, dans certains cas, les commotions du cerveau) manifestent des microsymptômes neurologiques qui ont tendance à s'atténuer et à disparaître au cours du temps.

Une attention particulière doit leur être accordée, car ils semblent susceptibles de faciliter le diagnostic et de renseigner sur la gravité du traumatisme. C'est pourquoi une consultation du chirurgien avec le neurologue est désirable dans tous les cas de traumatisme crânien.

2° Le syndrome psychopathique est une complication post-traumatique plus fréquente à la suite des contusions cérébrales, alors que, pour les commotions du cerveau, c'est le syndrome névrosique qui est en jeu. Le premier est l'indice d'un traumatisme grave et, partant, peut, dans une certaine mesure, être utilisé pour le pronostic des suites éloignées possibles (attaques convulsives).

3° Les attaques convulsives sont assez souvent partielles au début et, par conséquent, peuvent, dans certains cas, provoquer une intervention chirurgicale erronée.

4° La démence post-traumatique a été observée dans un pourcentage minime de cas.

5° Les troubles post-traumatiques de la mémoire présentent des caractères variables : dans les contusions du cerveau, ils relèvent plutôt de causes organiques, alors que leur origine fonctionnelle est de constatation plus fréquente dans les commotions cérébrales.

6° Le fantôme des amputés, s'éteignant d'habitude avec le temps, s'exaspère ou réapparaît dans certains cas (première application prothétique, accoutumance). Pareils cas ont parfois donné lieu à des erreurs sur la valeur pratique de la prothèse.

7° Ce n'est ici qu'une communication préliminaire, car 2/3 de nos cas n'ont pas été suivis le temps nécessaire pour l'étude des suites éloignées du traumatisme. Mais, devant l'urgence que semble présenter une étude clinique des traumatismes du système nerveux chez l'enfant, nous avons cru bon de publier nos observations, dans le but d'attirer l'attention des autres chercheurs sur cette question.

LE TRAITEMENT DES COMPLICATIONS NERVEUSES DE L'ALCOOLISME PAR LA STRYCHNINE

PAR

P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI (de Nice)

C'est Alfred Luton (1) (de Reims), qui paraît avoir eu le premier, en 1873, l'idée d'employer intensivement la strychnine dans les complications nerveuses de l'alcoolisme. Il avait exposé sa méthode dans des publications nombreuses et enthousiastes (1880-1887), la décrivant comme un véritable traitement spécifique de l'alcoolisme. Malgré la confirmation théorique apportée presque aussitôt à ses idées par diverses expériences de laboratoire sur l'antagonisme alcool-strychnine [Amagat (2) en 1876, Stacchini (3) dans le laboratoire de Vulpian en 1880, Jarochewski en 1894] ; malgré également la confirmation clinique donnée par Dujardin-Baumetz (4) en 1884 (pour le seul *delirium tremens*, il est vrai), ces travaux ont été rapidement oubliés.

Durant près de cinquante ans, si l'on excepte une communication de Fernet à l'Académie de Médecine (1901) (5), on ne trouve plus trace de cette médication dans les publications (pourtant si abondantes) consacrées à l'alcoolisme. Tout au plus voit-on citer, dans certains traités de thérapeutique ou dans les articles spécialisés, comme celui de Combemale (6) (1897), l'action apéritive de la voix vomique pour la gastrite des buveurs, et l'action tonique de la strychnine pour l'adynamie post-délirante. Cependant, les ophtalmologistes utilisaient, depuis longtemps, le sulfate de strychnine dans la névrite optique éthylique, mais, semble-t-il, sans y voir une activité spécifique. D'autre part, l'usage de traiter le *delirium tremens* par la strychnine était demeuré de tradition dans certains services d'agités des hôpitaux de Paris, tel celui de Chauffard, qui conseillait des doses

quotidiennes de 10 à 16 milligrammes. Mais c'est à M. Pagniez (7) que revient le mérite d'avoir véritablement relancé la méthode par une série d'articles et par la thèse de son élève Chaton (1930). Sa posologie est celle de Chauffard. Depuis, ses résultats ont été confirmés par MM. Corman et Harveno (8) et par M. Ceppi (9). De leur côté, en 1933, MM. Flandin et Bernard (10) ont été amenés, dans plusieurs cas de *delirium tremens* (dont l'un avec accidents bulbaires), à porter la dose quotidienne à 6 et 8 centigrammes, et à prolonger une fois cette thérapeutique jusqu'à un mois. La même année, Gold et Travell (11) ont repris, confirmé et précisé les notions expérimentales anciennes sur l'antagonisme entre l'alcool et la strychnine.

Ces travaux ont donc remis en honneur le principe de la strychninothérapie dans l'alcoolisme. Mais, à notre sens, tous réduisent exagérément les indications ; la plupart (sauf M. Francotte, MM. Flandin et Bernard) utilisent en outre des doses trop faibles ou insuffisamment prolongées. Notre expérience personnelle, vieille maintenant de six ans, nous a conduits (19) à des modalités techniques fort proches (nous avons eu la surprise de le constater en remontant aux sources) de celle qu'Alfred Luton conseillait dès 1873.

I. Les indications et les doses

D'une part, en effet, la strychnine doit être utilisée dans toutes les manifestations nerveuses de l'alcoolisme, et non dans le seul *delirium tremens*. D'autre part, la dose utile (sans atteindre — sinon exceptionnellement — les 8 centigrammes employés une fois par MM. Flandin et Bernard) nous paraît être notablement supérieure à celle que l'on utilise d'ordinaire. Enfin, l'emploi de ce médicament nous paraît, toujours, devoir être prolongé longtemps, entre trois et six semaines.

I. *Les indications.* — A lire la plupart des travaux récents (1), l'emploi de la strychnine est réservé à l'alcoolisme aigu : *delirium tremens*, délire alcoolique aigu. En outre, dès que le calme est obtenu, les auteurs cessent complètement d'utiliser le médi-

(1) La seule exception que nous connaissions est celle d'un article de MM. MEERHOF, ANAYA et de BONI (12) paru en 1928 dans la *Rev. Med. de l'Uruguay*, et en 1929 dans le *Deutsch Zeitscher für Nerv Kranh*, mais qui paraît avoir été peu répandue en France, et que, pour notre part, nous ne connaissons que depuis mai 1937.

cament, dont l'emploi se trouve, ainsi, strictement limité à l'accident paroxystique.

Nous avons, d'abord, procédé de la même façon. Mais nous avons plusieurs fois observé que tel delirium tremens, calmé vingt-quatre heures, recommençait ensuite, agitation et délire obligeant à reprendre le traitement. Cette constatation nous a conduits à prolonger systématiquement l'utilisation du médicament après la phase aiguë. Nous étant ainsi rendu compte, et de la parfaite tolérance du traitement, et des bons effets obtenus par sa prolongation, tant sur le psychisme du malade que sur sa diurèse et sur ses fonctions hépatiques, nous avons été tout naturellement amenés à en étendre le bénéfice aux accidents nerveux chroniques de l'alcoolisme.

Nous pouvons dire aujourd'hui qu'il n'est pas d'accident nerveux de l'alcoolisme, depuis les simples troubles du caractère du buveur d'habitude, jusqu'au grand delirium tremens, qui ne bénéficie largement de la cure strychninique. Il n'existe aucune contre-indication qui résulte de l'état nerveux du malade ; les contre-indications que l'on pourrait tirer de l'état général sont toutes relatives, et demandent seulement une surveillance très stricte de la cure.

II. *Les doses.* — Les publications récentes indiquent, pour le delirium tremens, une dose journalière maxima de 10 à 16 milligrammes. Très vite, cette dose nous est apparue comme souvent insuffisante. Nous avons été conduits à l'augmenter progressivement jusqu'à plus du double, ce qui n'a pas été sans poser au début des « cas de conscience médicaux », aussi angoissants et dramatiques que celui-ci : l'un de nous est appelé, la nuit, par le service de garde, pour un delirium tremens arrivé la veille, que rien n'a encore pu calmer et dont l'état s'aggrave. A constater l'adynamie entrecoupée de phases d'agitation extrême, la température très élevée (plus de 40°,5), le pouls filant, l'aspect plombé, tout semble indiquer une mort assez prochaine. Bien que la dose de strychnine injectée au cours des dernières vingt-quatre heures soit déjà considérable (32 milligrammes), on en injecte encore 5 milligrammes. Au bout d'une heure, comme si la dose antitoxique d'équilibre était enfin atteinte, le calme revient, le malade s'endort ; à son réveil, l'aspect général est meilleur et la marche s'amorce vers la guérison.

Aussi avons-nous été amenés, dans le delirium tremens, à porter la dose quotidienne à trois et même parfois cinq centigrammes. Mais nous devons tout de suite noter que l'on ne saurait

utiliser d'emblée, et sans tâtonnements, des doses aussi fortes. Il y a des susceptibilités individuelles qu'il faut respecter. Aussi doit-on fractionner les prises, certain d'éviter ainsi, à coup sûr, les accidents (1). En général, nous commençons par faire quatre injections par jour (nous utilisons une solution à 5 milligrammes par cc.). Une fois établie la réceptivité du sujet, la dose quotidienne peut être faite en trois ou deux fois. Evidemment, cette dose varie suivant l'intensité de l'intoxication :

1^{er} cas : Crise de delirium tremens (délire alcoolique suraigu).

Ici, on doit, en général, injecter, dès le premier jour, entre 3 et 5 centigrammes (2). On commence par 5 ou 10 milligrammes en une fois ; on répète la dose toutes les trois à cinq heures, tant que l'agitation ne cède pas, en espaçant seulement un peu si l'on voyait survenir une petite raideur des mâchoires, premier signe objectif d'intolérance. Au bout de deux à trois jours, on ramène la dose à celles des délires alcooliques simples.

2^e cas : Délire alcoolique simple (aigu ou subaigu).

Ici, la dose normale quotidienne est aux environs de 2 centigrammes. Dans les jours suivants, selon la réaction du malade, on la maintient ou on la porte à 3 centigrammes, chiffre que nous n'avons jamais eu à dépasser. Au bout d'une semaine et demie, ou deux semaines, la cure peut être poursuivie comme dans le troisième cas.

3^e cas : Accidents nerveux chroniques de l'alcoolisme.

Ici, qu'il y ait ou non polynévrite associée aux troubles mentaux, il est inutile de se montrer d'emblée aussi énergique. On pourra mieux tâter la susceptibilité du sujet, commencer par 5 mmg. le premier jour pour atteindre 15 ou 20 mmg. au bout de quarante-huit heures. Mais ce qui est indispensable pour arriver à un bon résultat, c'est de maintenir une vingtaine de jours, parfois davantage, cette dose de 15 à 20 mmg. On ne la diminuera que très progressivement ensuite, par exemple d'un milligramme par jour. *L'ensemble de la cure dure ainsi cinq à six semaines.*

Au total, quelle que soit la forme, employer des doses suffisantes, et les employer longtemps apparaît comme la condition indispensable du succès.

(1) Voir plus loin l'explication de ce fractionnement des doses dans la très rapide élimination de l'alcaloïde. Cette précaution nous a évité jusqu'ici même les incidents de petite intolérance.

(2) Nous n'avons jamais dû aller jusqu'à 6 et 8 centigr. comme MM. FLANDIN et BERNARD. Il est possible qu'une intoxication exceptionnellement massive nécessite parfois ces doses.

III. La tolérance à la strychnine est-elle un test d'alcoolisme ?

— Ces doses peuvent paraître surprenantes à quiconque ne connaît pas la tolérance de l'alcoolique à la strychnine.

La dose maxima autorisée par le Codex français pour un adulte est en effet de 6 milligrammes par jour. Certains pharmacologues (Pouchet) considèrent comme sûrement mortelle l'injection sous-cutanée, à un adulte sain, de 10 milligrammes en une fois. Sans aller jusque-là, une chose est certaine, c'est qu'un sujet normal ne supporte pas, sans incident, 1 centigramme de strychnine, pris en plusieurs fois au cours de la même journée (à plus forte raison en une seule prise). Tout au contraire, un alcoolique chronique supporte, sans le moindre malaise, deux ou trois injections quotidiennes de 1 centigramme (1).

Est-ce à dire que la réciproque soit vraie, et que, comme le voulait Luton, toute tolérance exceptionnelle à la strychnine doive être considérée comme une preuve d'imprégnation éthylique ?

Evidemment non : l'intoxication aux barbiturates oppose une tolérance plus grande encore. Il en est de même des manifestations toxiques de la diphtérie. Nous avons vu également la chose se produire dans des syndromes mentaux du type toxi-infectieux, mais de cause indéterminée. Seulement, ces derniers cas sont bien peu nombreux. Et, d'autre part, l'intoxication aux barbiturates, où les formes malignes de la diphtérie ne risquent point d'être confondues avec l'intoxication par l'alcool ! Aussi pouvons-nous dire qu'une tolérance anormale à la strychnine, par un malade mental, constitue une forte présomption d'alcoolisme.

II. Quelques observations personnelles

Nous n'avons retenu ici, comme exemple, que quelques-unes des observations, très nombreuses, que nous avons réunies depuis six ans. Décrire, après tant d'autres, la symptomatologie du

(1) Nous ne parlons pas du traitement des accidents strychniniques parce que, à condition de respecter les règles exposées plus haut, ces accidents n'existent pas. Répétons encore que nous n'avons jamais observé nous-mêmes un seul incident. Nous n'en connaissons qu'un, dû à une imprudence : la surveillante d'un service hospitalier voisin du nôtre fait spontanément à un délirant très agité mais non alcoolique, lors de son entrée, une injection de 3 centigr. en une seule fois. La contracture strychninique consécutive céda à l'absorption, prescrite par l'interne de garde, de 40 cgr. de gardénal. Cette thérapeutique viendrait à bout de tout accident, dû, soit à une erreur de dose, soit à une erreur de diagnostic, soit à une intolérance individuelle.

delirium où les troubles du caractère des imprégnés n'avait aucun intérêt. Aussi avons-nous seulement énoncé la forme symptomatique, pour insister, avant tout, sur le détail de la thérapeutique employée (1).

I. — ALCOOLISME LATENT

1° *M. Par.*, 35 ans, se trouvant en Algérie en 1935, après une période d'excès digestifs, fait une subite crise d'angoisse et rentre brusquement en France. Depuis, répétition des crises, à type d'angoisse athématique, avec sensation de constriction épigastrique et cervicale, soignée vainement par de nombreuses thérapeutiques (y compris touches nasales et manœuvre de réduction de pseudo-luxations cervicales ???). Entre les crises s'établit peu à peu un état d'inquiétude pantophobique, avec préoccupations hypocondriaques, appuyées surtout sur la survenue de quelques crises de palpitations.

A l'examen, malade obèse, hypogénital; outre une tachycardie émotive à 96, avec réflexe oculo-cardiaque normal, on constate une odeur acétonémique de l'haleine, un gros foie, débordant, douloureux, une très grosse rate. On obtient alors l'aveu, non seulement d'un régime alimentaire trop riche, mais celui d'un véritable alcoolisme mondain (vins de grands crus, cocktails, cognac).

Examen de laboratoire : bilirubine à 0,54; cholestérine : 2,34; glycémie : 1,27; épreuve d'hyperglycémie provoquée : aire de 0,77, avec glycosurie alimentaire.

Traitement (à début doux parce que fait dans la famille) : Sulfate de strychnine, de 10 à 20 milligrammes, en progression d'un millig. quotidien. Quinze jours à 20 milligrammes. Ensuite décroissance.

Aucun incident. A la fin de la cure, état très grandement amélioré. Foie et rate redevenus normaux.

2° *M. P.*, boucher, 32 ans, est soigné depuis plusieurs années pour une atrophie optique, étiquetée par syphilis héréditaire. Au début de l'hiver 1936, brusquement, crise d'anxiété violente; les crises se répètent ensuite, presque quotidiennes, sans aucune autre participation viscérale qu'un peu de tachycardie, avec idées de suicide, céphalée et insomnie tenace. Devant l'échec d'un nouveau traitement spécifique, envoi du malade dans le Midi. Aucune amélioration. Entre à la clinique sur le conseil du D^r Augier, le 11 février. Malade légèrement obèse (86 kgs), foie débordant les fausses côtes d'un travers de main. Rate largement percutable. Pas de tremblement. Réflexes tendineux faibles; quelques douleurs à la pression des masses musculaires. Oligurie à 500 cc. Tension artérielle : 12 1/2-8. Papille : atrophie primitive, acuité 5/10, 6/10. Bilirubine dans le sang :

(1) Voir le détail des observations dans la Thèse de M. PUECH (Montpellier).

40 millig. Cholestérol : 2,20. Urée : 0,40. Questionné, le malade reconnaît boire de nombreux apéritifs quotidiens (sans considérer cela comme de l'alcoolisme).

Traitement : 10 milligrammes le 1^{er} jour ; 20 milligrammes les 4 jours suivants ; 25 milligrammes les 5 jours suivants ; en 4 fois (tolérance parfaite).

Ensuite, diminution graduelle de 1 milligramme tous les deux jours jusqu'au 35^e jour. A ce moment, disparition complète de l'anxiété et de l'insomnie. Foie normal ; rate encore percevable. Diurèse abondante depuis le 10^e jour ; l'acuité visuelle serait meilleure. Résultat maintenu depuis sans rechute.

3^e M. D., 36 ans, *cheminot*. Entré dans le service le 5 mai 1936 pour lassitude, céphalée, crises de vertige avec tremblement dans les jambes, douleurs thoraciques bilatérales, le tout établi progressivement depuis deux ans. L'examen montre seulement du tremblement des mains et une légère douleur à la pression des masses musculaires, sans gros foie ni grosse rate. Mais bilirubinémie à 20 milligrammes. Aucune autre anomalie neurologique (rien de labyrinthique ni de cérébelleux). Le malade nie toute intempérance (sa famille l'avouera plus tard). Essai prudent du traitement à la strychnine : début à 7 milligrammes (tolérance parfaite). Augmentation jusqu'à 10 milligrammes, à partir du 3^e jour jusqu'au 12^e, ensuite décroissance jusqu'au 20^e.

Guérison complète des vertiges, de la céphalée, des douleurs. Reprise des forces.

II. — ALCOOLISME CHRONIQUE, AVEC OU SANS DOULEURS POLYNÉVRITIQUES

1^o Mme O. Pauline, 67 ans, *débitante de boissons*. Entrée pour troubles du caractère, instabilité, colères familiales, insomnies et cauchemars, douleurs diverses, fourmillements dans les membres inférieurs et tremblement, le tout datant d'une année. Pituites matinales.

A l'examen : tremblement, hyperalgésie superficielle ; douleur à la pression des masses musculaires ; réflexes vifs ; gros foie, rate percevable ; taches rubis.

Traitement : strychnine, débutant à 6 milligrammes pour en atteindre 16 à dater du 14^e jour ; diminution graduelle du 18^e au 30^e jour ; tolérance parfaite.

Retour du calme et du sommeil ; disparition des douleurs, des pituites et, en grande partie, du tremblement.

Rechute ultérieure de l'alcoolisme (métier).

2^o Ret. Léon, 53 ans. Entré pour troubles de la vue et asthénie, insomnie, pituites matinales, paresthésies des membres inférieurs. La famille signale en outre les troubles graves de l'humeur : colères

violentes, indifférence affective, altérations du sens moral. Alcoolisme divers et abondant.

A l'examen : malade pléthorique et gai ; hyperalgésie musculaire aux membres inférieurs sans anomalie des réflexes ; ptosis de l'œil droit et diplopie légère par atteinte du III ; diminution nette de la mémoire des faits anciens ; un gros foie et une grosse rate. Tension artérielle : 18/9. Liquide céphalo-rachidien normal. Dans le sang : bilirubine 20 milligrammes et cholestérine 2 gr. Bordet-Wassermann négatif.

Traitement : 10 milligrammes le 1^{er} jour. Ensuite 20 milligrammes durant 29 jours, puis diminution graduelle ; tolérance parfaite.

A la sortie, plus de tremblement, plus de troubles fonctionnels digestifs ; la paralysie du III a totalement rétrogradé ; le foie est normal. Psychiquement, le malade est calme et parfaitement correct d'attitude.

De retour chez lui, reprise des troubles du caractère, vis-à-vis de la famille seulement. Ramené dans le service quelques mois plus tard pour ce motif, on suspecte une rechute d'éthylisme. Malgré les dénégations du malade, reprise du traitement à la strychnine. Intolérance à 6 milligrammes. L'enquête montre alors que R. n'a effectivement plus pu boire faute d'argent. Donc, persistance des seuls troubles du caractère (à rapprocher de la dernière observation).

3^e Bl. Pierre, 47 ans, maçon. Entré dans le service pour tremblement intense, crampes dans les jambes, surtout nocturnes, sudations abondantes, puites matinales, cauchemars professionnels, le tout remontant à quelques semaines. Alcoolisme vinique avoué.

A l'examen, aucune anomalie neurologique, sauf le tremblement et du myosis. Gros foie et grosse rate. Tension artérielle : 17/10. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann négatif.

Traitement : dose initiale 5 milligrammes, portée progressivement, sans incident, jusqu'à 20 milligrammes à partir du 6^e jour. Diminution progressive du 15^e au 22^e jour. Malgré cette durée trop brève du traitement, le tremblement est très atténué, les douleurs et les autres troubles fonctionnels disparus. Pas de rechute.

III. — ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC CRISES CONVULSIVES

T. B., 37 ans, mécanicien. Entre spontanément en clinique pour des crises survenant depuis trois ans à intervalles variables : perte de connaissance suivie, durant quelques heures, de contracture douloureuse des membres. Ethylisme avoué (vin et apéritifs variés). Pituites et insomnie, crampes musculaires. Le jour de l'entrée, crise d'agitation confusionnelle avec troubles du langage, cyanose et sueurs abondantes.

A l'examen : tremblement intense, achoppement de la parole, hyperalgésie des mollets, sans autre anomalie neurologique. Dymnésie nette, gros foie, grosse rate. Bordet-Wassermann négatif.

Traitement : 10 milligrammes le 1^{er} jour, 20 milligrammes du 2^e au 12^e jour, ensuite diminution graduelle jusqu'au 30^e jour.

A ce moment, malade transformé ; aucune crise ; disparition du tremblement, des troubles de la parole, de l'insomnie, des pituites et des douleurs. Foie normal.

IV. — DÉLIRE ALCOOLIQUE SUBAIGU DU TYPE MÉLANCOLIQUE

Ce. Jean, 45 ans, fontainier. Entré dans le service pour syndrome dépressif, avec idées de suicide (de date récente et remontant à la mort du père du malade), céphalée, asthénie, insomnie. Alcoolisme avoué (3 litres de vin et apéritifs), pituites, nausées et anorexie.

A l'examen, paresthésies objectives aux membres inférieurs, douleurs à la pression des masses musculaires, gros foie, rate normale. 2 gr. 0/00 de cholestérol et 66 millig. 0/00 de bilirubine dans le sang. Bordet-Wassermann négatif.

Traitement : 5 milligrammes le 1^{er} jour, 15 le second, 20 du 3^e au 26^e jour. Ensuite : décroissance progressive jusqu'au 35^e jour. Tolérance parfaite.

Disparition des troubles psychiques, des douleurs, des troubles fonctionnels digestifs, de l'insomnie. Le tremblement a diminué.

V. — DÉLIRE ALCOOLIQUE AIGU (sur maladie infectieuse)

1^o *Mme V., 47 ans, cuisinière.* Entre dans un service de médecine générale pour une broncho-pneumonie (foyer principal à la base gauche).

Quatre jours après l'entrée, alors que la température se maintient autour de 39°5, éclate un état de confusion onirique avec agitation (pas assez violente pour que la malade soit changée de salle). Urée dans le sang : 0,36.

La famille, interrogée, reconnaît l'alcoolisme de la malade.

10 milligrammes de strychnine le 1^{er} jour, 15 le second, 20 le troisième. Le calme est revenu dès le 2^e jour et le sommeil dès la 3^e nuit. Au 4^e jour, arrêt de la strychnine ; reprise d'agitation légère et d'insomnie le 5^e jour. On recommence la strychnine le 6^e jour (10 millig.). Quelques heures après, retour du calme et du sommeil.

2^o *M. R. F., 63 ans, encaisseur.* Entre en clinique (de chirurgie et accouchements !!) au soir du 4^e jour d'une pneumonie de la base gauche, parce que depuis deux jours il délire. Confusion mentale complète, avec fausses reconnaissances, onirisme. Calme le jour, légèrement agité la nuit, tremblement et achoppement de la parole. Température à 39°5 ; sudation peu intense ; oligurie extrême. Défaillance cardiaque légère.

Traitement : attaque par 8 milligrammes toutes les six heures (32 milligrammes par jour), outre toni-cardiaques, etc...). Après la

première injection, le malade se calme, pour s'endormir légèrement à la deuxième. Le second jour, éclairs de conscience. La 2^e nuit, sommeil. Le troisième jour, la confusion a disparu. La dose est ramenée à 24 milligrammes. Au 5^e jour, crise urinaire et défervescence. A partir du 10^e jour, diminution graduelle de la dose quotidienne de strychnine jusqu'au 24^e jour.

Guérison complète.

VI. — DÉLIRE ALCOOLIQUE SURAIGU (DELIRIUM TREMENS)

1° *Pa. Marc, 48 ans, tenancier de débit-tabac.* Fait un anthrax de la lèvre supérieure. Opéré en clinique chirurgicale. Le lendemain, agitation intense qui nécessite, au soir, le transport en clinique spéciale. Tableau de delirium tremens franc : agitation intense, difficilement maintenue par deux hommes, tremblement généralisé, massif, intense, sudation abondante et visqueuse, température à 40° ; pouls rapide et arythmique. Au cours des vingt-quatre premières heures, injection de 25 milligrammes en quatre fois. Au bout de ce temps, l'un de nous est rappelé à cause de la gravité extrême du malade : adynamie entrecoupée de phases d'agitation intense, température dépassant 40°5, aspect plombé, pouls filant. Bien que la dernière injection de strychnine remonte à deux heures seulement, on fait de nouveau 5 milligrammes. Au bout d'une heure, le malade se calme et s'endort. Au réveil, cinq heures après (à l'injection suivante), aspect général meilleur, température à 39°6. Le lendemain, reprise de la conscience et chute thermique à 38° ; le calme, la lucidité complète et Papyrexie étaient revenus trois jours plus tard. Traitement continué vingt jours en clinique et dix jours au domicile du malade. Mais, dès les derniers jours de clinique, constatation de signes évidents de cirrhose, qui évoluera ensuite en quelques mois.

2° *Mi. Jean, 45 ans, ouvrier d'usine.* Ivrogne d'habitude. Fracture du tibia par chute en état d'ivresse. Conduit dans un service de chirurgie et traité.

Au troisième jour du traitement (réduction orthopédique sous anesthésie générale, et plâtre), agitation très violente nécessitant la camisole, tremblement massif, sueurs profuses (ultérieurement, le sujet précisera avoir vu des flammes menaçantes, des hommes armés). Urée dans le sang : 0,40.

Une première injection de 12 milligrammes de strychnine est suivie six heures après du retour du calme. Mais le service de chirurgie, non habitué à ce traitement, attend vingt-quatre heures pour renouveler l'injection. Après six heures de somnolence, reprise d'agitation. Le traitement sera dès lors fait régulièrement (en décroissant de 24 à 10 milligrammes). Dès le troisième jour, cessation de toute agitation. Au dixième jour, arrêt (trop précoce) de la strychnine. Sortie à l'enlèvement du plâtre (un mois après) ; le tremblement persiste.

VII. — SYNDROME DE KORSAKOFF

M. Aud., 57 ans, artiste lyrique, et vieil alcoolique, est conduit à la clinique pour :

1° une impotence complète des membres inférieurs. Le malade, spécifique ancien, a été soigné pour tabès. Il y a bien une abolition des réflexes, mais les membres inférieurs sont totalement impotents, atrophiés, très douloureux à la pression des masses musculaires, avec hyperesthésie cutanée. Pas d'Argyll. Liquide céphalo-rachidien sub-normal (seule anomalie : très faible hyperalbuminose à 0,35).

2° un état mental particulier : puérilisme avec insouciance complète de la situation, gros troubles de la mémoire, impossibilité de préciser, aussi bien les dates de sa vie que le menu du dernier repas ; fabulation évidente (il a sept ou huit enfants, plusieurs femmes, tient un kiosque à journaux...), suggestibilité extrême (demande à sortir tous les matins et se contente de l'affirmation que c'est pour le soir). Subexcitation et insomnie.

3° un état général très médiocre ; le malade, véritable colosse de près de 1 m. 90, a déjà beaucoup maigri et perdra encore 11 kgs (de 83 à 72 kgs) en quinze jours. Subfébrile.

Traitement : 15 milligrammes le 1^{er} jour, 20 le 2^e, 25 le 3^e, 30 du 4^e au 15^e, puis décroissance très lente jusqu'au 45^e jour, avec maintien de 3 milligrammes durant un mois encore.

En outre, durant les quarante-cinq premiers jours, une série de 30 injections de Vitamine B et d'extraits hépatiques hydrosolubles.

Enfin, en raison des antécédents Σ , un traitement bismuthique est fait le premier mois. Il sera suivi un mois plus tard d'un traitement arsenical (sulfarsénol).

Evolution : La subexcitation et l'insomnie ont cédé en trois jours.

Les douleurs et l'hyperalgésie en une dizaine de jours.

Au bout de trois semaines, le malade a conscience de la gravité de son état. Au bout de quatre semaines, il peut mettre les pieds par terre. La mémoire revient. A la sixième semaine, il se lève. Au bout de deux mois, il sort au jardin.

A son départ (quatre mois et demie après l'entrée), il marche avec une seule canne, la force musculaire est bonne, encore que l'aréflexie persiste, la mémoire est correcte. Il y a encore, par périodes, une légère tendance à la fabulation. L'état général est excellent.

VIII. — ETAT D'AFFAIBLISSEMENT PSYCHIQUE
PSEUDO-PARALYTIQUE GÉNÉRAL. — ECHEC

M. Paul, 44 ans, débardeur. Conduit dans le service parce qu'il présente des crises de colère, plus fréquentes depuis que sa femme l'a quitté, crises d'excitation très violente au cours desquelles il exprime des idées de suicide.

En dehors des crises, aspect prostré, hébété, pleurard. Affaiblissement global de toutes les facultés intellectuelles, tremblement, vivacité des réflexes, anorexie, gros foie et grosse rate. Bilirubine dans le sang : 45 millig. Cholestérol : 0,80.

Traitement : 6 jours 20 milligrammes ; 10 jours 30 milligrammes ; 15 jours de décroissance progressive.

Pas de crises, aucun résultat sur l'état mental.

III. Les résultats

Les résultats sont d'une fidélité, d'une constance impressionnantes.

I. Action sur les troubles nerveux. — Au cours de toutes les complications nerveuses de l'alcoolisme, la strychnine calme. Il est courant de voir les plus violents et les plus agités des délirants se détendre, s'endormir en quelques heures d'un sommeil calme. Dans les jours suivants, à la condition évidemment de continuer le médicament, les troubles proprement psychiques s'estompent, la confusion diminue, puis disparaît ; les troubles du caractère, l'irritabilité, les colères cèdent à leur tour ; la mémoire revient peu à peu ; nous avons même vu disparaître en six semaines la fabulation d'un syndrome de Korsakoff. Parallèlement, et dès les premiers jours de la cure, disparaissent les crampes, les douleurs et les soubresauts musculaires, enfin le tremblement. Quand il y a eu polynévrite vraie, la force musculaire revient en trois à six semaines, l'atrophie musculaire, l'abolition des réflexes tendineux sont les derniers symptômes à céder.

Les seules exceptions que nous ayons observées à cette règle concernent deux états d'affaiblissement intellectuel pseudo-paralysie générale d'origine alcoolique. Ici, le traitement a fait disparaître les phénomènes aigus surajoutés. Mais l'atteinte du fond mental a persisté.

II. Disparition du besoin de l'alcool. — Chose importante : tant que dure la strychninothérapie, le malade n'éprouve pas le besoin de l'alcool. Lorsque la cure est terminée, le besoin biologique, la faim de l'alcool, ne se manifestent pas. Evidemment, cela ne veut pas dire que le goût de l'alcool n'existe plus ; mais, ce qui a disparu, c'est le besoin du toxique pour lui-même. De même, pendant toute la durée du traitement, le malade n'éprouve aucune asthénie, la strychnine remplaçant, dans ce rôle, son tonique habituel : l'alcool.

III. *Action biologique.* — Quant aux actions biologiques, nous avons constaté :

1) Une exaltation certaine des processus de défense. Aucun de nos malades n'a présenté d'accidents pulmonaires ; ceux (en particulier les fracturés) qui avaient de la fièvre au moment où l'on a commencé le traitement, l'ont toujours vu tomber en quarante-huit heures. Nous n'avons perdu aucun malade, même de ceux chez qui la crise de delirium avait été déclanchée par une infection sérieuse (plusieurs pneumonies, un anthrax de la lèvre supérieure).

2) La diurèse augmente régulièrement dans une proportion considérable (de 1 à 6). Ceci a une particulière importance si l'on considère la gravité pronostique de l'urémie (non rénale) au cours du delirium (Marchand). La strychnine en assure l'élimination — comme d'ailleurs de bien d'autres déchets organiques.

3) Il semble enfin que les fonctions hépatiques soient également exaltées par la strychnine. Pour mieux établir la réalité de cette action, nous avons fait doser la bilirubine tous les deux ou trois jours chez trois malades, alcooliques chroniques fortement imprégnés, mais non délirants, qui ont été traités par *la strychnine seule, à 2 centigrammes par jour, sans autre régime que le sevrage d'alcool, et sans aucune autre thérapeutique.* Voici les courbes de ces trois malades : la diurèse est exactement en raison inverse de la bilirubinémie, qui revient à la normale en quinze ou seize jours. Ces résultats sont d'autant plus frappants que l'on sait la quasi-intégrité du rein dans l'alcoolisme. Ils tendraient à donner la première place au foie dans le mécanisme de l'oligurie de ces malades.

1^{er} cas : Ma. Victor. A été traité une première fois il y a deux ans pour accidents comitiaux survenus après une période d'imprégnation massive. La reprise de l'alcool, après quelques mois d'abstinence, n'est pas suivie de crises nouvelles. Mais des troubles du caractère graves s'établissent : colères violentes, jalousie conjugale immotivée, désordre de la conduite, cessation de tout travail, insomnie.

A l'entrée, malade légèrement pléthorique, facies injecté, léger subictère conjonctival ; tremblement, sans anomalie des réflexes ; gros foie douloureux débordant le rebord costal de trois travers de doigt ; rate percevable sur plus d'un travers de main. Oligurie à 400 cc. ; la bilirubine dans le sang, dosée seulement au 6^e jour, est alors à 25 milligrammes.

Seul traitement institué : 2 centigrammes de sulfate de strychnine par jour.

A la sortie, malade calme, dormant bien, non irritable, demandant à travailler, faisant la critique des idées de jalousie. Plus de trem-

blement ; foie et rate normaux. Diurèse à trois litres ; bilirubinémie à 15 milligrammes.

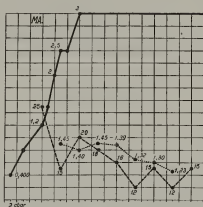


FIG. 1

FIG. 1, 2, 3. — En trait plein : la diurèse (en litres) ; en trait interrompu : la bilirubinémie (en milligrammes par litre) ; en pointillé : la cholestéri-
némie (en grammes par litre).

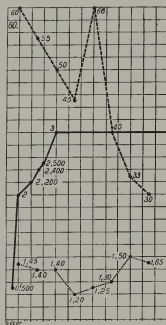


FIG. 2

2° cas : Go. Entre dans le service pour asthénie, tendance dépressive générale, crises de « cafard », instabilité du caractère, mauvais sommeil. Nie tout excès alcoolique. Mais, à l'examen, tremblement très net, foie très augmenté de volume, rate largement percevable. Oligurie à 300 cc. ; bilirubinémie à 60 millig.

Seul traitement : 2 centigrammes par jour de sulfate de strychnine.

A la sortie, malade calme, de caractère égal, se sentant bien, fort « comme je n'ai jamais été depuis longtemps ». Foie et rate normaux. Plus de tremblement. Diurèse à 3 litres. Bilirubinémie à 30 milligrammes.

3° cas : Ro., garçon de café. Abus éthyliques avoués (divers).

Entre dans le service pour asthénie, sensation vertigineuse, tremblement accusé des membres inférieurs survenant à l'effort, cauche-

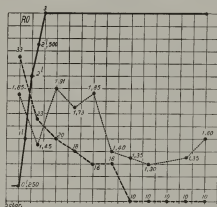


FIG. 3

mars fréquents (zoopsie et rêves professionnels), pituites matinales habituelles.

A l'examen, tremblement accusé, gros foie, grosse rate. Aucune autre anomalie neurologique. Oligurie initiale à 250 grammes. Bilirubinémie à 33 milligrammes.

Seul traitement : 2 centigrammes de strychnine par jour.

A la sortie : bon état psychique et somatique. Diurèse à 3 litres. Bilirubinémie à 10 milligrammes.

Certes, dans la pratique courante, nous n'agissons pas ainsi, et, si grande que soit notre confiance dans la strychnine, nous ne bornons pas à elle notre activité thérapeutique. Nous avons coutume de faire, chez nos malades, un drainage des voies digestives au sulfate de magnésie ; et leur alimentation ne comprend que

des éléments atoxiques (jus de fruits concentrés). Il faut, en outre, et suivant les besoins, manier les toni-cardiaques et les diurétiques. Enfin, nous signalons seulement — car ceci ouvrirait un autre chapitre — que, lorsqu'il y a une polynévrite, avec ou sans syndrome de Korsakoff, l'association des vitamines B et celle d'extraits hépatiques injectables nous ont donné les meilleurs résultats.

Mais ces diverses thérapeutiques ne sont, ici, qu'accessoires. La strychnine constitue, selon nous, le fond du traitement des accidents nerveux de l'alcoolisme.

IV. Considérations physiopathologiques

Cette activité thérapeutique pose toute une série de problèmes pharmacodynamiques et physiopathologiques. On trouvera l'exposé détaillé de ces derniers — les mêmes, pour une grande part, que ceux que soulève le traitement de l'intoxication barbiturique ou de la diphtérie maligne — dans l'excellente thèse de Franck Jannette-Walen (18) (Paris, 1936).

I. *Élimination rapide de la strychnine.* — Un premier point domine toute la question. Ce traitement n'est possible que parce que la strychnine s'élimine très vite par le rein. Gold et Travell (11), expérimentant chez le chat, estiment que l'élimination urinaire des grosses doses se fait à une vitesse variant de 0 millig. 05 à 0 millig. 1 par heure et par kilog. d'animal. Si bien que, selon Hatcher et Smith, cette élimination est presque achevée au bout de cinq heures. Ce qui reste, alors, à l'état libre, est négligeable, mais ce peu s'éliminera ensuite beaucoup plus lentement, en quatre à cinq jours. Pareillement, ce qui se fixe au niveau des tissus s'y transforme très vite (en trois heures au plus), en combinaison organique (Hatcher et Eggleston) (13). Cette égale rapidité de fixation et d'élimination est très importante. En pratique, trois ou quatre heures après son introduction, la quasi-totalité de l'alcaloïde est, ou bien fixée et transformée, ou bien éliminée. On peut donc fréquemment renouveler les prises, sans craindre aucune accumulation.

II. *Comment l'alcool lèse-t-il le centre nerveux ?* — Les premiers auteurs qui se sont occupés expérimentalement de l'antagonisme alcool-strychnine (Amagat, Stacchini, Jarochevski, et, récemment encore, Gold et Travell) ont pratiqué des injections, ou bien simultanées, ou bien immédiatement consécutives, des

deux produits. Ils n'ont cherché à neutraliser que l'action immédiate, directe, de l'alcool, sur la cellule nerveuse. Le problème s'est posé pour eux comme il s'est posé pour ceux qui étudient l'action du même alcaloïde dans l'intoxication barbiturique. Leurs conclusions ne s'appliquent donc qu'au cas — relativement sans grand intérêt — de l'ivresse aiguë et passagère.

L'alcoolisme chronique se présente tout autrement. Ici, il y a évidemment imprégnation répétée de la cellule nerveuse par l'alcool. Et le rôle de cette imprégnation apparaît considérable, surtout lorsque l'accès délirant est provoqué, par exemple, par un accès alcoolique brutal, dépassant une seule fois (mais abondamment) la dose habituelle quotidienne. Nous verrons plus loin l'importance que revêt cette notion d'une imprégnation directe, mais répétée, de la cellule nerveuse.

Seulement, celle-ci est loin d'être tout. Il y a le foie, lui-même très vite touché par le toxique. Et cette atteinte hépatique va retentir, à son tour, sur le parenchyme cérébral. Elle va le faire si vigoureusement qu'on a pu soutenir (Klippel) qu'elle était à peu près seule responsable des désordres nerveux constatés. Le mécanisme même de cette action seconde apparaît d'ailleurs comme particulièrement complexe. Certes, le foie, malade, produit des substances nocives, d'ailleurs indéterminées, qui attaquent directement la cellule nerveuse. Mais il y a, également, défaillance de la barrière hépatique : des protéines alimentaires passent dans la circulation à un degré insuffisant de désintégration. Et il y a encore défaillance d'une autre fonction hépatique : le foie n'est plus capable d'assurer la fixation des vitamines B, indispensables à la nutrition des neurones, surtout périphériques. Ce sont ces carences de fixation (représentant, somme toute, le phénomène de refus de Mouriquand) qui jouent un si grand rôle dans les polynévrites (Villaret et Justin-Besançon), et qui y expliquent le succès des vitamines B injectables et des extraits de foie délipoidés.

Quoi qu'il en soit, que l'alcool agisse directement, ou qu'il le fasse par l'intermédiaire de la défaillance hépatique, l'action sur la cellule nerveuse paraît se faire toujours dans le même sens, d'une diminution d'excitabilité, ce que prouve — nous le verrons plus loin — l'élévation des chronaxies.

III. *Comment la strychnine s'oppose-t-elle à ces mécanismes physio-pathologiques ?* — On peut envisager l'action correctrice de la strychnine de deux manières différentes ⁽¹⁾ : neutralisation

(1) Nous passons sous silence l'action tonique générale, négligeable ici.

directe *in vivo*, c'est l'antidotisme ; action en sens opposé sur la cellule nerveuse, c'est l'antagonisme.

1) *Antidotisme* : la neutralisation directe peut se concevoir totale, à la manière de la neutralisation *in vitro* de la toxine diphtérique par l'antitoxine, aboutissant à former un complexe atoxique. Elle peut s'envisager partielle ; c'est ce qui se passe, selon de Lavergne et Klissel (14), dans la cure de l'intoxication barbiturique par la strychnine : le gardénal s'unirait à la strychnine dans la proportion de 7 milligrammes pour 3, et ce nouveau corps serait lui-même trois fois moins toxique que l'alcaloïde. Brown et Fraser ont produit des dérivés analogues de l'alcool et de la strychnine, la toxicité de ces corps diminuant à mesure qu'on augmente le nombre des radicaux alcool.

Il est vraisemblable que cet antidotisme direct intervient dans l'ivresse aiguë (chez un abstinant habituel ou, par excès paroxystique, chez un alcoolique chronique). L'alcool se trouve alors à l'état pur dans le sang circulant. Il peut y être directement neutralisé.

Dans l'intoxication chronique, les choses se présentent autrement : ici, la substance toxique (qu'il s'agisse de l'alcool lui-même ou de produits de désintégration hépatique) s'est fixée sur la cellule ; elle constitue, avec le protoplasma, une combinaison organique. Il est possible que la strychnine dissocie ce complexe toxique-protoplasma (1) ; qu'elle déplace le toxique pour prendre sa place ; et que le toxique, relancé dans la circulation, y soit alors neutralisé par antidotisme direct de l'alcaloïde circulant.

2) *Antagonisme* : mais ce mécanisme de neutralisation n'est certainement pas seul en cause. Un antagonisme fonctionnel intervient. En effet, on savait, depuis L. et M. Lapicque (15) pour la grenouille, et depuis Brémer et Rylant (16) pour les mammifères, que la strychnine abaissait les chronaxies périphériques jusqu'à créer un hétérochronisme net entre le nerf et le muscle. A l'inverse, Obré avait montré que les barbiturates élevaient les mêmes chronaxies périphériques jusqu'à provoquer un pareil hétérochronisme. En ce qui concerne les centres, A. et B. Chauchard et S. Kajwara, après Lapicque, ont montré que l'alcool agissait dans le même sens sur les neurones corticaux, élevant leur chronaxie et « produisant sur les zones motrices des antagonistes des perturbations qui contribuent à expliquer les troubles de la coordination dans l'alcoolisme aigu ». L'anta-

(1) Selon Dell'Acqua, la strychnine a une action directe sur le protoplasma, favorisant le passage de celui-ci de l'état de sol à l'état de gel.

gonisme fonctionnel entre la strychnine, d'une part, l'alcool et les barbiturates, d'autre part, étant ainsi solidement établi, cet antagonisme jouait-il, dans la pratique, jusqu'à neutraliser l'action de l'un et de l'autre ? A. et B. Chauchard (17) ont montré, pour les barbiturates, qu'après avoir, par injection de ces produits, élevé les chronaxies, il suffisait d'administrer de la strychnine pour ramener celles-ci à la normale (pour les abaisser même, si on dépassait la dose), rétablissant ainsi l'isochronisme neuro-musculaire.

L'antagonisme physiologique a donc une importance considérable, plus peut-être même que l'antidotisme. L'analogie est ici complète entre l'alcool et les barbiturates, aussi bien pour l'activité thérapeutique éclatante de l'alcaloïde que pour sa tolérance exceptionnelle.

On voit ainsi combien il est peu logique d'employer les barbiturates dans le traitement des délires alcooliques. Cela revient à ajouter, à un toxique déjà redoutable, un autre toxique non moins dangereux, et qui frappe la cellule nerveuse exactement dans le même sens. Somme toute, les barbiturates agissent, dans le delirium, comme le ferait une dose plus forte d'alcool, qui transforme l'ivrogne agité en ivre-mort.

3) *Nécessité d'un traitement prolongé* : Nous l'avons vu pour les cas de delirium tremens, et même pour ceux de simple alcoolisme chronique, un traitement trop bref n'aboutit à rien, les accidents se reproduisent. Si la strychnine agissait seulement par antidotisme, on ne s'expliquerait point cela : au bout de deux ou trois jours de traitement, l'alcool, ou les poisons fixés sur la cellule nerveuse, sont sûrement déplacés et neutralisés. A plus forte raison l'alcool circulant.

Deux explications peuvent être envisagées pour rendre compte de ce phénomène : on peut penser, comme Jannette-Walen le fait à propos de la diphtérie, que l'imprégnation toxique de la cellule inhibe celle-ci pour longtemps, et que cette inhibition continue même après élimination de tout élément toxique. Il est alors nécessaire de continuer la strychnine, pour son seul mécanisme d'antagonisme physiologique. Mais une seconde explication nous paraît plus vraisemblable encore : si deux ou trois jours de traitement suffisent à l'élimination de l'alcool, ils ne suffisent pas à guérir un foie (1). Et celui-ci continue à empoi-

(1) Ainsi s'explique-t-on que deux ou trois jours suffisent pour guérir les accidents nerveux aigus d'une ivresse passagère massive chez un abstiné habituel, et qu'ils ne suffisent pas à guérir les mêmes accidents aigus déterminés par la même ivresse massive, mais chez un alcoolique chronique.

sonner le parenchyme nerveux (par le double mécanisme exposé plus haut). Mais, justement, ici, la strychnine agit en activant les fonctions hépatiques, nos courbes en font foi. Et ce n'est qu'une fois la bilirubinémie ramenée à la normale que l'on peut cesser son application.

4) *La notion de toxicomanie et l'imprégnation de la cellule nerveuse* : antidotisme direct ou précédé de déplacement toxique ; antagonisme fonctionnel ; stimulation hépatique... Peut-être les choses sont-elles plus complexes encore : comment rendre compte, en effet, du cas de delirium « a potu suspenso » ? ou de celui, plus fréquent encore, de ces buveurs d'habitude qui sont irritables, trémulants et incapables d'activité tant qu'ils n'ont pas leur ration matinale ? Nous voici ramenés au problème de toutes les toxicomanies, à cette constatation d'un équilibre nouveau de la cellule nerveuse, équilibre fait peut-être d'une combinaison chimique toxique-protoplasma, équilibre auquel est, en tout cas, indispensable une certaine dose de toxiques. Mais n'est-ce pas justement un des résultats les plus remarquables de la strychnine que cette disparition du besoin ? Tout se passe comme si l'alcaloïde suppléait l'alcool dans le maintien de cet équilibre cellulaire, comme s'il prenait sa place dans le complexe réalisé avec le protoplasma. Seulement, au contraire des thérapeutiques substitutives, il ne crée pas de toxicomanie de remplacement : dans tout les sens du mot, il désintoxique.

On le voit, quel que soit le mécanisme envisagé, on y peut trouver une justification de la méthode de Luton. Ne l'y trouverait-on pas, d'ailleurs, que ce serait la même chose : les constatations de fait demeureraient. Ce sont les seules qui importent à nos malades.

BIBLIOGRAPHIE

1. LUTON. — 1° Alcoolisme et Strychnine, *Bull. Gén. de Thérap.*, 1880, p. 214. — 2° *Traité de Thérapeutique générale et spéciale*, 1887-1882, p. 473.
 2. ANAGAT. — Antagonisme Strychnine-Alcool. *Jl de Thérap.*, 1876, p. 378.
 3. STACCHINI. — *Id. Thèse Paris*, 1880.
 4. DUJARDIN-BAUMETZ. — Traitement de l'Alcoolisme par la Strychnine. *Bull. Gén. de Thérap.*, 1884, p. 1.
 5. FERNET. — Emploi de la Strychnine contre l'Alcoolisme. *Académie de Médecine*, 1901, p. 651.
 6. COMBEMALE. — Traitement strychninique de l'Alcoolisme chronique. *Soc. hebdomadaire de médecine*, Paris, 1897.
 7. PAGNIEZ et CHATON. — Traitement des délires alcooliques par la strychnine à haute dose. *Presse Médicale*, 28 février 1931.
- et CHATON. — *Thèse de Paris*, 1930.

8. CORMAN et HARVENO. — *Gazette Médicale de France*, 1935.
 9. CEPPI. — Traitement strychninique du *delirium tremens*. *Schw. méd. Wochschr.*, 26 septembre 1931.
 10. FLANDIN et BERNARD. — La strychnine dans l'intoxication alcoolique. *Soc. Méd. hôpitaux de Paris*, 1^{er} décembre 1933.
 11. GOLD et TRAVEL. — Antagonisme Alcool-Strychnine. *Jl of Pharm. et Exp. Ther.*, 30 et 345. L. II, 1934.
 12. MEERHOF, ANAYA et DE BONI. — L'emploi de la strychnine à haute dose. *Rev. méd. del Uruguay*, avril-juin 1928 et *Deutsche Ztschr. f. Nerven*, 155. CVIII, 1929.
 13. HATCHER et EGGLESTON. — Le sort de la strychnine dans le corps. *Jl of Pharm. et Exp. Ther.*, 419. XIX, 1922.
 14. DE LAVERGNE et KISSEL. — *Ac. Méd.*, 5 nov. 1935. *Presse Médicale*, 11 mars 1936.
 15. LAPICQUE. — *C.-R. Soc. Biol.*, 1913, p. 1012 (et années suivantes).
 16. BREMER et RYLANT. — *C.-R. Soc. Biol.*, 1925, 199. I.
 17. A. et B. CHAUCHARD. — Analyse chronaximétrique de l'antagonisme strychno-barbiturique sur le système nerveux. *C.-R. Soc. Biol.*, 1934, p. 1584.
 18. JANNETTE-WALEN (Frank). — Strychnine et strychnothérapie intensive. *Thèse Paris*, 1936 (Maloine).
 19. COSSA, BOUGEANT et PUECH. — *Congrès Aliénistes et Neurologistes*, Nancy, 1937.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Février 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

PRÉSENTATIONS

**Accès maniaque au cours d'une Maladie de Basedow, par
MM. LAIGNEL-LAVASTINE, ESCALIER. H. M. GALLOT et H. MIGNOT.**

Depuis longtemps déjà on cherche, dans les perturbations des fonctions endocriniennes, l'explication de certains troubles mentaux, en particulier des états maniaques et dépressifs (1). Tour à tour, la thyroïde, l'hypophyse, l'ovaire ont été mis en cause. Certes, les recherches entreprises dans cette voie ont parfois abouti à des contradictions. Il ne nous semble pas qu'il faille pour autant rejeter en bloc toute pathogénie endocrinienne de ces psychoses. Sans doute, le simple hyper- ou hypo-fonctionnement de telle ou telle glande n'est pas la cause directe de tel trouble mental, comme il l'est du diabète ou de l'acromégalie, mais à certaines perturbations de l'équilibre hormonal correspondent peut-être certains modes particuliers de réactions mentales ; d'où l'intérêt considérable de l'étude parallèle des réactions psychiques et endocriniennes des malades. Ayant eu l'occasion

(1) J. TUSQUES. — Les troubles endocriniens dans les états d'excitation. *S. Médico-psychologique*, juin 1937.

d'observer, au cours d'une maladie de Basedow, un accès maniaque typique, il nous a paru intéressant de présenter cette malade :

Mme F..., âgée de 51 ans, a été transférée, le 31 janvier 1938, de l'hôpital de Créteil au pavillon d'isolement de la Pitié, en raison d'un état d'excitation psycho-motrice.

Dans sa chambre, Mme F... ne tient pas en place, elle se lève de son lit, déplace les objets, les meubles. Elle se drape de façon bizarre dans ses vêtements. Sa physionomie est animée et joyeuse. Elle chante, crie, ou parle sans arrêt ; d'un ton déclamatoire, elle raconte l'histoire de sa maladie, coupant son récit d'incidentes que provoquent des associations d'idées assez pauvres. Pleine d'assurance et même de sans-gêne, Mme F... se montre caustique, elle plaisante, rit bruyamment, mais s'irrite ou pleure aussi vite. Sa mémoire est excellente. Il n'existe aucun trouble confusionnel ou psycho-sensoriel associé. En résumé, c'est le tableau typique d'un accès maniaque.

Dans les antécédents de Mme F..., on ne relève aucune tare psychopathique : son père est bien portant, sa mère a mené à terme quinze grossesses. Notre malade est le cinquième enfant de la famille, elle a encore sept frères ou sœurs. Elle-même, ni aucun d'entre eux, n'a jamais présenté aucun trouble mental, en particulier aucun accès d'excitation ou de dépression. Réglée à 13 ans, mariée à 22 ans, elle a fait quatre fausses-couches.

En 1925, à l'âge de 38 ans, ses règles s'arrêtent brusquement, elle se croit enceinte, on porte à l'hôpital le diagnostic de grossesse extra-utérine, mais l'intervention vint infirmer cette hypothèse. Après l'opération, les règles reviennent, mais peu abondantes ; c'est vers cette époque que commence à se développer un petit goitre.

Six ans plus tard, à 42 ans, la ménopause est complète et en quelques mois se constitue un syndrome de Basedow typique ; l'état général de Mme F... est médiocre, et, en 1934, elle fait une poussée tuberculeuse du poumon droit. Les troubles thyroïdiens sont allés en augmentant, et, depuis 1936, son mari constate chez elle une irritabilité et une émotivité qui contrastent avec son humeur d'autrefois.

Depuis 1931, la malade a seulement été traitée par des cures d'ailleurs régulières d'hématoéthyrôïdine en comprimés.

Le 10 décembre 1937, elle entre à l'hôpital de Créteil très amaigrie, fébrile, présentant des signes de défaillance cardiaque. Elle reçoit une dose de quatre-vingts gouttes de Lugol par jour pendant vingt jours. Le 16 janvier 1938, elle sort sur sa demande et cesse tout traitement. Quatre jours plus tard, son mari la ramenait à l'hôpital en raison de son état d'excitation. En quelques jours, le tableau se complète, rendant nécessaire son admission dans un service d'agités.

L'examen somatique de Mme F... révèle les symptômes les plus typiques de la maladie de Basedow : goitre très vasculaire ; exophthalmie légère à prédominance droite ; tremblement généralisé ; le pouls bat autour de 110 ou 120 ; la tension artérielle est à 18-11 ; l'auscultation du cœur révèle de nombreuses extrasystoles.

La malade, très amaigrie, ne pèse que 45 kgr., sa température est irrégulière, mais au-dessus de 37°5.

La langue est saburrale, le ventre ballonné. A la base du poumon droit, la respiration est diminuée, la radiographie montre un développement anormal de l'ombre hilair droite ; il n'y a pas de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Les cheveux et les poils sont rares, les ongles cassants, les téguments secs ; il n'y a pas de troubles pigmentaires. Le volume des urines n'est pas augmenté ; il n'y a pas de glycosurie, la glycémie est à 0,80 0/00.

La radiographie de profil du crâne montre une selle turcique de contours normaux.

Nous n'avons pas encore actuellement le résultat de la réaction de Zondek.

L'hémogramme est sensiblement normal :

Globules rouges	4.540.000
Globules blancs	10.400
Hémoglobine	80 %
Polynucléaires neutrophiles	53 %
Polynucléaires éosinophiles	2 %
Lymphocytes	5 %
Moyens mononucléaires	27 %
Grands mononucléaires	13 %
Polypeptides	0,045
Urée sanguine	0,56 ‰

Bordet-Wassermann, Hecht négatifs.

En résumé, nous avons vu apparaître, au cours d'une poussée évolutive de maladie de Basedow, un état d'excitation maniaque franc ; des faits analogues ont été, bien des fois, rapportés et il nous paraît difficile de n'y voir que de simples coïncidences. L'existence de manies symptomatiques d'une dysthyroïdie, n'est-ce point un argument en faveur de l'origine endocrinienne de certains faits de psychoses périodiques ?

Il nous reste une question à poser : dans un cas analogue, ne doit-on pas envisager une thyroïdectomie ? A l'étranger, cette intervention a été proposée (1) comme traitement de l'accès maniaque, ce qui nous paraît bien simpliste ; ici, il s'agit seulement de savoir si la constatation de troubles mentaux doit faire rejeter une opération, dont l'état somatique à lui seul pose l'indication.

(1) RIZZATTI et MORENO. — Sulla thyroïdectomia totale un particolari stati di agitazione maniacale. *Schizofrenia*, 1935-36, p. 123.

NASTASE. — Manie guérie par thyroïdectomie. *Thèse de Jassy*, 1916.

M. Paul COURBON. — Nous avons, René Charpentier et moi, publié, en 1908, l'observation d'une malade assez comparable à celle-ci. Dans ces cas et dans quelques-uns de ceux qui leur sont analogues, on ne peut pas affirmer l'existence d'une corrélation entre les troubles mentaux et le basedowisme. L'opportunité d'une opération chirurgicale doit donc être cherchée dans les indications du syndrome physique.

Puisque toutes les thérapeutiques médicales ont été inefficaces contre la tachycardie, l'exophtalmie, l'amaigrissement, etc., pourquoi ne pas tenter l'intervention qui, pratiquée par un opérateur expérimenté, est anodine ? L'état mental ne constitue pas une contre-indication et l'on ne voit pas comment l'opération risquerait de l'aggraver. Si elle l'améliore, ce sera un argument de plus en faveur de la théorie du rapport entre la psychose maniaque dépressive et le basedowisme.

M. LÉVY-VALENSI. — Il ne faut pas fonder de trop grandes espérances sur l'efficacité d'une intervention opératoire, surtout lorsque les accès de psychose périodique ont précédé l'apparition du goitre exophtalmique. Une de mes malades, qui avait eu un accès de mélancolie plusieurs années auparavant, devint basedowienne en même temps que récidivait sa mélancolie. L'exérèse parcellaire n'a pas empêché l'éclosion ultérieure d'un accès maniaque. Et une nouvelle exérèse n'empêcha pas une récidive de mélancolie.

M. R. ANGLADE. — Pourquoi, avant de risquer une opération sanglante, ne pas essayer la radiothérapie profonde ?

M. LÉVY-VALENSI. — Parce que l'exérèse chirurgicale est sans danger et est facile. Mais elle devient très difficile et dangereuse après que les applications radiothérapiques ont modifié l'état des tissus.

M. MARCHAND. — Il ne faut opérer que si la malade est en état de supporter l'opération. Il serait peut-être plus sage de continuer les thérapeutiques médicales, avant de recourir au bistouri.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'opération chirurgicale du goitre exophtalmique est aujourd'hui sans danger. Mais il faut, comme le disait Lévy-Valensi, y recourir avant toute radiothérapie. A l'actif de cette opération, je puis citer la guérison d'une confusion mentale après thyroïdectomie chez une basedowienne dont nous avons, MM. Gilbert-Ballet, Delmas et moi, publié l'observation.

M. FILLASSIER. — De toutes façons, il serait souhaitable qu'après le traitement, la malade nous fût représentée.

Psychose hallucinatoire chronique et syphilis,
par MM. R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN.

A une époque point très éloignée de la nôtre, ce rapprochement dans le titre d'une communication : « Psychose hallucinatoire chronique, syphilis nerveuse », n'eût pas manqué de provoquer de l'émoi parmi les aliénistes les plus avisés.

C'est un fait que la doctrine de l'origine syphilitique de la paralysie générale progressive souleva en son temps plus que de la résistance. On vit se dresser contre elle, de toute leur autorité, des hommes comme Magnan, qui, d'ailleurs, s'en est allé sans jamais l'avoir admise.

Que dirait aujourd'hui le grand aliéniste de Ste-Anne s'il voyait son délire systématisé progressif flanqué de l'étiquette « syphilis nerveuse », comme d'une présomption de cette origine étiologique ?

Les psychiatres de notre génération sont, il est vrai, mieux préparés que ceux des précédentes à cette association de termes.

D'une part, nous admettons volontiers, parce que la clinique nous le démontre, que la paralysie générale peut adopter, pour ses manifestations d'ordre mental et d'ordre nerveux, un très grand nombre de syndromes psychiatriques et neurologiques, d'autre part, les thérapeutiques par les chocs fébriles ont opéré dans la paralysie générale des transformations de syndromes classiques en syndromes qui le sont moins, comme ceux, notamment, de la série des psychoses hallucinatoires chroniques. Ceux-ci, on le sait bien, sont loin d'être rares.

Dès lors, il n'y a pas un très grand effort à faire pour accepter que se pose la question de savoir si la syphilis ne serait pas susceptible de déterminer une psychose hallucinatoire chronique en passant ou sans passer par la paralysie générale.

Voici, à ce propos, un fait clinique qui nous a paru mériter de vous être soumis avec les commentaires que nous avons cru pouvoir lui donner :

D... François, linotypiste, âgé de 45 ans, est entré à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, le 3 novembre 1937, venant de l'Hôtel-Dieu par Sainte-Anne. Originaire du Gers, où, après une instruction pri-

maire, il apprend la linotypie, D... a accompli son service militaire et fait la guerre. Deux fois marié et divorcé à ses torts chaque fois, il a trois enfants âgés de 17, 14 et 12 ans. Il a exercé sa profession de linotypiste à Bordeaux, de 1919 à 1931, époque à laquelle il a quitté sa deuxième femme. Fixé à Paris, depuis lors, il a travaillé irrégulièrement, d'ailleurs, dans plusieurs imprimeries de la Région parisienne. Au mois de juin dernier, alors qu'il venait d'être remercié d'une maison de Lagny où il était employé depuis deux mois, sont apparus subitement des troubles hallucinatoires violents ; appels, insultes, menaces. C'est un concert de voix qui le suivent dans le train qui le ramène à Paris, puis à l'hôtel, au restaurant, dans la rue, le métro..., nuit et jour. Après quinze jours de ce « manège », il « comprend » (ce sont les propres termes du malade) « qu'il s'agit de « télépathie, de suggestion, de communication de pensée. Les appareils sont à Lagny, à l'hôtel, où il logeait précédemment ». C'est de là que l'on envoie des messages par ondes électriques qui lui illuminent le cerveau, c'est de là aussi que l'on agit sur lui. Sur son corps : ce sont des ondes magnétiques qui le brûlent, lui provoquent des éjaculations, lui dilatent l'anus, lui sectionnent le nerf de la verge, le font maigrir. On lui projette des boulettes de papier qui résonnent en frappant les murs de sa chambre. Au restaurant, on vide son assiette avant qu'il ait commencé à manger, et on la remplit instantanément. Dans la rue on lui envoie des odeurs en même temps que les voix le menacent de mort et l'interpellent. — Sur son esprit : on commande ses réflexions, on lui donne des idées ou des ordres ou bien on l'empêche d'agir à sa guise. Quand il lit, on répète sa lecture ; s'il pense, on entend et on commente ses pensées. Il est alors mis en phase avec tous les récepteurs de T.S.F. et les sans-filistes de Lagny écoutent, rient ou se fâchent et répondent. Son état physique commence à l'inquiéter... Une tentative de suicide par section des artères du poignet gauche échoue. Hospitalisé à l'Hôtel-Dieu, où on lui fait un traitement reconstituant, il « s'améliore », nous dit-il, au point de ne plus entendre de voix. Mais par « complicité », affirme-t-il, il est dirigé sur Sainte-Anne, et, quelques jours après, transféré à l'hôpital psychiatrique de Villejuif. Dans ce service, les actions à distance se multiplient. Le délire de persécution et d'influence que nous venons de décrire se systématisé. D... nomme ses persécuteurs, et, dès lors, veut se défendre. Il rédige des plaintes contre une dame D..., tenancière d'un débit de Lagny, et son associé, l'ouvrier-usinier P... Puis, progressivement apparaît un délire explicatif à thème d'idées de grandeur. Il est directeur d'une grande usine. Il « sait » que ses persécuteurs veulent lui ravir un héritage d'un oncle d'Amérique qu'il évaluait, il y a un mois, à 14 millions 750.000 francs, puis plus tard à 550 millions, et qui se chiffre aujourd'hui par des milliards ; « un héritage fabuleux », insiste-t-il, « dont s'occupe Rothschild et la « haute finance américaine. Les plus grands savants du monde entier « ont attesté en sa faveur ».

L'examen mental du malade nous montre que ce délire de persécution et de grandeur est interprétatif et surtout hallucinatoire. Il évolue sur un fond mental déficitaire. En dehors des troubles de l'attention, en rapport avec l'intensité des troubles psycho-sensoriels, nous relevons :

- des troubles de la mémoire assez marqués ;
- des troubles du raisonnement (petits problèmes insolubles) ;
- des troubles du jugement : une conviction délirante absolue ;
- des troubles de l'affectivité : désintérêt profond à tout ce qui l'entoure.

Négligé dans sa tenue, D... est par instants sombre, déprimé, anxieux ; il paraît tourmenté, il est tantôt hésitant, tantôt très réticent. La plupart du temps, il est avenant, aimable, satisfait, même euphorique. Conscient de son droit — à l'héritage — et confiant dans l'avenir, il excuse ses persécuteurs qui le tracassent, plus par bêtise que par méchanceté.

L'examen neurologique révèle une inégalité des réflexes tendineux en faveur des rotuliens et achilléens gauches qui sont vifs, des tremblements des doigts et surtout de la langue, des lèvres et des muscles péribuccaux. Les pupilles sont égales et réagissent à la lumière et à l'accommodation. A l'examen somatique, nous ne relevons rien de particulier : le foie n'est pas augmenté de volume, la tension artérielle est normale.

Les antécédents personnels de ce malade sont les suivants : blessure par balle à la jambe en 1927, blennorragie à 23 ans. D... avoue avoir fait autrefois des excès éthyliques, il nie avoir contracté la syphilis et cependant nous dit avoir été traité à l'Hôtel-Dieu par la malaria et des piqûres d'arsenic. Les renseignements que nous avons pu obtenir dans cet hôpital et ceux qui nous sont fournis par les certificats d'internement confirment cet aveu :

A l'hôpital, l'excitation psychique et l'acuité du délire hallucinatoire étaient intenses. Les réflexes étaient vifs, les pupilles inégales et paresseuses.

Liquide céphalo-rachidien : Bordet-Wassermann simple, + ; Bordet-Wassermann Cholest., +++ ; albumine, 0,30 ; lymphocytes, 2 ; benjoin, 00000.11000.00000.

Sang : Kahn, +++ ; Meinicke, +++ ; Hecht, —.

Impaludation le 3 août 1937, sept accès fébriles. Fièvre coupée par la quinine. D... reçoit ensuite 12 injections de stovarsol et 6 injections de quinby.

A l'hôpital psychiatrique, l'analyse du liquide céphalo-rachidien pratiquée à l'entrée a donné :

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,22 ; Pandy, 0 ; Weichbrodt, 0 ; Meinicke, — ; Bordet-Wassermann, — ; benjoin, 00000.22222.10000.

Le malade reçoit alors 12 injections de sulfarsénol à 0,30.

Une ponction lombaire pratiquée le 5 janvier a donné les résultats suivants :

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,20 ; Pandy, — ; Weichbrodt, 0 ; élixir parégorique, 0 ; Meinicke, — ; Bordet-Wassermann, — ; benjoin, 00000.22221.00000.

Le sang est toujours positif.

Ainsi, voilà un homme de 45 ans, dont, à vrai dire, nous ignorons s'il a des antécédents héréditaires ou personnels véreux, qui montra, au cours de sa vie, de l'instabilité, de l'inadaptabilité à la vie conjugale, professionnelle, etc., qui a reconnu avoir commis autrefois des abus de boissons alcooliques, mais nie la syphilis.

Soudainement, au mois de juin 1937, après qu'il venait d'être congédié d'un atelier où il travaillait depuis deux mois, à Lagny, cet homme éprouve des hallucinations auditives intenses. Les « voix » l'accompagnent, dans le train, à l'hôtel, au métro, l'interpellent, l'insultent, le menacent. Il se demande d'abord ce que tout cela veut dire et il met 15 jours à « comprendre », autrement dit à interpréter, et l'interprétation lui donne : télépathie, transmission de pensée, suggestion, à l'aide d'appareils situés à Lagny, là même où il logeait.

Les hallucinations auditives verbales sont accompagnées d'illusions et d'hallucinations visuelles. En somme, la personnalité du malade s'est effondrée sous la convergence des troubles cénesthopathiques les plus divers.

Rien de surprenant à ce qu'il éprouve des gênes de mémoire et de raisonnement, à ce que les opérations du jugement ne puissent pas s'effectuer, que l'affectivité ne joue plus, que l'euphorie alterne avec le pessimisme.

Les grands signes psychiques et neurologiques de la paralysie générale ne sont pas présents et cependant les épreuves biologiques effectuées à l'Hôtel-Dieu révélèrent une syphilis latente et l'impaludation fut pratiquée le 3 août 1937. Après 7 accès, le malade reçut 12 injections de Stovarsol et 6 de Quinby.

Venu à l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif le 3 novembre 1937, il y est considéré comme atteint de psychose hallucinatoire chronique, mais les signes biologiques de la syphilis sous-jacente ont disparu. Deux séries d'examen pratiqués à un mois d'intervalle attesteront la persévérance de cette situation, la discordance formelle entre l'évolution favorable des signes biologiques de syphilis du système nerveux et la marche progressive de la psychopathie.

Est-ce à dire que celle-ci soit indépendante de celle-là ? — Nullement. — Ce que nous reconnaissons, c'est que les traitements dirigés contre la syphilis n'ont pas influencé les troubles de l'esprit, n'ont pas opéré de transformation de symptômes. Ils demeurent, après comme avant, ceux de la psychose hallucinatoire chronique.

Cette psychose est-elle apparue et continue-t-elle, au titre de syndrome psychopathique d'une paralysie générale authentique ? — Nous ne sommes pas en mesure de le nier ou de l'affirmer. Si cela était, il faudrait mentionner, comme signe d'intérêt, au point de vue clinique, cette éruption soudaine d'un délire hallucinatoire très étendu d'emblée, rapidement interprétatif et systématisé progressif.

Il y a, selon nous, une autre hypothèse à envisager sérieusement, c'est celle d'une psychose hallucinatoire ayant démarré en terrain propice, sous l'influence de l'infection syphilitique. Cette hypothèse s'accorde même assez bien avec ce que nous savons des neurasthénies syphilitiques, avec ce que nous entrevoyons dans le domaine des psychopathies tardives, mi-organiques, mi-fonctionnelles. Dans cette zone-frontière, où il y a notamment des mélancolies anxieuses relevant d'artérites et d'encéphalites périvasculaires, dans cette zone-frontière où se rencontrent même avec fréquence des délires systématisés d'interprétation, des délires raisonnants à tendances persécutrices, pourquoi s'étonner si on y trouve aussi des psychoses hallucinatoires chroniques, surtout lorsqu'elles ont débuté par une crise aiguë et soudaine.

Encore une raison de plus pour explorer avec soin cette région-frontière, si riche en matériaux cliniques de toute sorte et dont l'observation nous paraît présenter le plus haut intérêt.

M. MARCHAND. — Le syndrome psychose hallucinatoire me paraît bien atypique ; le délire mégalomane absurde, apparu si précocement, le tremblement de la langue, l'abolition des réflexes achilléens, le Bordet-Wassermann sanguin, qui a été trouvé positif avant l'impaludation, m'engagent plutôt à considérer ce sujet comme atteint de paralysie générale, malgré la négativité actuelle des réactions sanguines et liquidiennes. Il existe de rares cas, comme j'en ai publié d'indiscutables puisque suivis d'examen anatomo-pathologiques, dans lesquels la paralysie générale évolue sans réactions positives humorales. C'est là une simple supposition que je fais en présence de ce malade, me basant davantage sur la clinique que sur les données du laboratoire.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — La transformation du syndrome mental de la paralysie générale en syndrome de psychose hallucinatoire chronique, à la suite de la malariathérapie, est très fréquente. C'est une notion classique aujourd'hui. J'en ai vu un très bel exemple chez un homme dont la paralysie générale disparut pendant 3 ans après la malariathérapie, qui reprit sa profession, mais revint ensuite mourir dans mon service, avec l'apparence d'un délirant halluciné paranoïde et non d'un paralytique général. On peut se demander si tel n'est pas le cas de ce malade, malgré la négativité du liquide céphalo-rachidien.

Sidérodromomanie et dipsomanie chez un déséquilibré,
par M. R. STORA et M^{me} GAULTIER.

Le malade que nous avons l'honneur de présenter nous a paru intéressant par l'aspect spécial de ses manifestations obsessionnelles, fugues en chemin de fer et impulsions périodiques à boire et par son état mental sous-jacent. Il nous paraît différent de celui auquel on les rattache le plus souvent.

OBSERVATION. — Ch... est âgé de 49 ans, il est gai, toujours prêt à plaisanter, quoique, par moments, irritable et soupçonneux. Il a eu une enfance normale ; bon élève en classe, il a passé avec succès son certificat d'études, son brevet élémentaire, puis est entré dans une école professionnelle pour y apprendre jusqu'à 16 ans et demi le métier de plombier-zingueur. De là, travailla chez son premier patron où il resta six mois et le quitta dans le but de trouver un travail plus adapté à sa spécialité. Il se fixa près de deux ans dans sa nouvelle place. Ensuite, vers l'âge de 18 ans et demi environ, il se rendit compte qu'il n'était plus calme et pondéré comme autrefois, qu'il devenait colère, suggestible, instable. Et, sur les conseils d'un de ses cousins, il s'engagea brusquement dans l'Infanterie Coloniale et rejoignit son régiment à Toulon. Pendant toute la durée de son service militaire, il fut un soldat particulièrement indiscipliné, il ne se passait pas de semaine qu'il ne lui prit fantaisie de sauter le mur de la caserne pour ne rentrer que quelques jours plus tard. Il sortait, nous dit-il, sans savoir pourquoi. « Je ne pouvais résister au désir impérieux de partir. » En effet, malgré des punitions lourdes et répétées, il récidivait sans cesse, au point que ses chefs l'envoyèrent en expertise psychiatrique au Val-de-Grâce. On porta, nous dit-il, le diagnostic de « névropathie constitutionnelle », mais ceci ne fut pas jugé suffisant pour entraîner une réforme ; il fut simplement changé de corps. Il arriva à totaliser, pendant toute la durée de son engagement, plus de 800 jours de prison. A sa libération, il commença une

vie tumultueuse, allant de place en place, incapable de se fixer. Puis il fut mobilisé, mais ne conserva de la guerre qu'un souvenir effacé. Une fois démobilisé, il s'en fut retrouver à Lyon une ancienne marmaine de guerre dont il fit sa maîtresse, alors qu'il était fiancé avec la sœur de celle-ci.

La situation étant devenue difficile, malgré tous ses déboires militaires et ses convictions antimilitaristes, il s'engage de nouveau à la Légion Etrangère au Maroc, « aux temps de Gouraud et de Lyautey ». Il s'accommode assez bien de cette vie de légionnaire. Son temps terminé, il partit pour l'étranger, puis revint en France. C'est à partir de ce moment qu'il donna libre cours à ses tendances sidérophiles. Chaque fugue se produisait dans les mêmes conditions. Après avoir amassé quelques centaines de francs, il était pris soudain de sentiment d'insatisfaction et même d'inquiétude et il prenait le train. Si on l'interroge sur les motifs de cette prédilection, il nous dit que le bruit sourd, rude et puissant du chemin de fer lui rend seul son assurance et la sécurité. De Paris il s'en allait dans le Midi, dilapidant en quelques jours ses modiques économies, puis cherchait du travail sur place, et, au bout d'un certain temps, faisait un autre voyage. Le nombre exact ne nous en est pas connu, il est probable qu'il fut très élevé.

Plus tard, ces fugues se compliquèrent de dipsomanie et c'est en état d'ivresse alcoolique qu'il les accomplit alors. Chaque fois, sa crise s'accompagne de prodromes consistant en chatouillements laryngés, tristesse subite allant jusqu'à l'inquiétude et même à l'anxiété, d'inappétence et de frissons. Il n'a plus d'entrain au travail, nous dit-il, « il sent qu'il va boire et partir ».

Le début s'annonce par une soif intense impossible à calmer autrement que par du vin, que le malade avale « avec délice », jusqu'à s'enivrer. Des hallucinations alors l'assaillent, des voix l'insultent : « salaud, espion », lui ordonnent de partir : « Tu n'as plus rien à faire ici, tu es Martin (son nom d'emprunt à la Légion), et non Ch... Va-t'en ! » Il se munit alors, à la gare, d'un billet pour une destination qu'il ignore lui-même. Il lui arrive même de changer de train et de prendre une correspondance. Alors, il se retrouve, huit jours après, dans une ville inconnue, quelquefois sous une banquette de chemin de fer, et le plus souvent à l'asile.

Voici la liste de ses internements : le premier eut lieu, en avril 1926, à Orléans. Il partit de Paris pour travailler au barrage de la Mativy, se trompa de train et se retrouva à l'asile. Il en sortit et resta quelques mois à la Mativy et partit ensuite pour Bordeaux, où il fut de nouveau interné. La Préfecture le réintègre au lieu de son travail, il touche sa paye et repart pour Paris. De là se dirige vers Marseille, reste 3 mois à l'asile, en sort, repart pour Montpellier, de Montpellier à Valence. En 1933, est interné à Privas pendant 5 mois ; de là il va sur la Côte d'Azur, et revient à Paris. En 1936, nous le retrouvons à l'asile de Rodez, il en sort le 21 avril 1937, travaille à Montpellier dans

une distillerie et enfin entre à Sainte-Anne le 2 novembre 1937, venant de l'hôpital Henri-Rousselle où, prévoyant un nouvel accès, il était venu se réfugier. Actuellement sa conduite à l'asile est correcte, effacée, il cherche à se faire oublier pour passer sans encombre, nous semble-t-il, les durs mois d'hiver. Dans ses antécédents héréditaires, nous relevons que sa mère eut une vie extrêmement agitée, un père de caractère inégal et colère. Une personne de la famille maternelle aurait eu une existence semblable à la sienne sans toutefois être internée.

Au point de vue physique : son examen viscéral est négatif, ses réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. Le réflexe oculo-cardiaque est nul ; on note simplement quelques troubles vasomoteurs (bouffées congestives).

Nous ferons quelques remarques sur les caractères spéciaux de ces fugues : ce fut d'abord de la sidérodromanie pure, qui se compliqua ultérieurement de dipsomanie. Ce n'est qu'à ce moment-là que les fugues, s'accomplissant en état d'ivresse, il n'eut aucun souvenir du chemin parcouru.

Les fugues conscientes et amnésiques sont calquées l'une sur l'autre, ces dernières sont peut-être une sorte de libération de ses tendances instinctives par effet toxique.

Nous éliminons donc le diagnostic d'automatisme ambulatoire épileptique, le malade, d'ailleurs, n'ayant jamais présenté de crises convulsives, ni aucun des petits signes du mal comitial. Aucun des prodromes cités ne peut être considéré comme une aura, leur éloignement de la crise, la progressivité de celle-ci sont des caractères trop différents de ceux de l'épilepsie.

A quel syndrome allons-nous les rattacher ? Éliminons la psychasthénie. En effet, notre malade n'est nullement un douteur, il est, au contraire, toujours enjoué, toujours décidé ; il présenterait même par moments quelques traits de la constitution paranoïaque avec son hypersthénie, sa méfiance, sa susceptibilité.

Un diagnostic plus probable serait celui de cyclothymie. Évidemment, et nombre d'auteurs dont M. Marchand en ont signalé l'association à la dipsomanie, notre malade a des périodes de calme où il est tout à fait normal, et des périodes où le désir de boire et celui de partir sont irrésistibles, mais il ne nous semble pas qu'on doive chercher ici, dans la seule variation de l'humeur, l'explication de ces troubles.

Comme on l'a dit : « la dipsomanie est surtout un besoin organique. » Il nous paraît être l'essence même du trouble dont l'inquiétude initiale ne serait qu'un signe avant-coureur, prémonitoire.

Nous pensons que tout n'a pas été dit sur des états de ce genre et que parfois le terme de déséquilibre constitutionnel, malgré toute son imprécision, est encore celui qui leur convient.

M. DUPAIN. — Ce cas me rappelle celui d'une déséquilibrée qui, avec des billets de chemin de fer pour des stations peu éloignées, ne descendait qu'à des stations bien plus lointaines, alléguait la distraction pour échapper aux contraventions et recommençait toujours.

M. BRISSOT. — Cela ne me paraît pas être un type pur de dromomanie. L'alcool est en cause dans ces vagabondages.

M. PORC'HER. — Les types purs sont rares. Dans les crises appelées « cafard », auxquelles sont sujets certains individus, le besoin de changer d'endroit est aussi impérieux que celui de boire. J'ai vu cela chez des terrassiers. Il en est de même chez les légionnaires.

M. FILLASSIER. — Qui dit déséquilibre mental dit dégénérescence mentale. Et une telle désignation chère à Magnan n'est pas pour me déplaire.

Diplégie cérébrale chez un enfant atteint d'idiotie congénitale et d'épilepsie. Foyers pseudo-kystiques multiples cérébraux et protubérantiels. Absence d'hérédo-spécificité, par MM. L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER.

L'observation, que nous allons vous rapporter, est celle d'un jeune sujet de 9 ans 1/2, décédé le 24 mai 1937 d'occlusion intestinale, quatre ans après son entrée dans le service. Il s'agissait cliniquement d'une diplégie cérébrale infantile pouvant se ranger dans les « Syndromes de Little ».

L'enfant, D... W..., présentait de la contracture avec hypertonie. Celle-ci déterminait, au niveau de ses membres, de la rigidité musculaire et une dureté spéciale des muscles susceptible d'être accrue par les mouvements.

Du fait de la contracture, les membres inférieurs du sujet, dans la position du décubitus, étaient demi-fléchis, les cuisses se rapprochaient l'une de l'autre et les pieds étaient en varus équins. Le même tableau se retrouvait en position assise, mais on notait également la chute de la tête en arrière. Si on soulevait de terre l'enfant, ses membres se raidissaient en rotation interne, entraînant du genu valgum ;

les pieds, déformés surtout à droite, étaient en extension et les orteils en hyperextension. Depuis une année seulement, D... marchait en ciseau, en s'aidant des mains pour prendre appui sur les murs et les lits.

L'attitude des membres supérieurs rappelait d'une façon atténuée celle des extrémités inférieures (quadruplégie), ce qui entraînait une certaine maladresse dans les mouvements spontanés du jeune D...

Modifications des réflexes : rotuliens et achilléens étaient augmentés ; la recherche du signe de Babinski entraînait l'extension du gros orteil avec production de l'éventail.

Il s'agissait donc d'un cas de rigidité moyenne, occupant principalement le territoire des membres inférieurs, surtout du côté droit, mais ne s'accompagnant pas de paralysie des muscles contracturés. Seule, la chute de la tête en arrière, dans les positions assise ou debout, était la preuve de l'existence d'une paralysie au niveau de certains groupes musculaires.

Au phénomène essentiel de la contracture étaient associés des symptômes secondaires, qu'on trouve habituellement dans le tableau clinique du « Syndrome de Little », telles qu'une certaine maladresse dans les mouvements des membres supérieurs et que les déformations des pieds en varus équins.

Les signes surajoutés importants étaient constitués par des convulsions épileptiformes et des troubles de l'intelligence (arriération mentale profonde confinant à l'idiotie) ; l'enfant comprenait, mais ne parlait pas, il poussait seulement des cris inarticulés.

Le tableau clinique, que nous venons de vous rapporter, rentre donc bien dans le cadre des « Syndromes de Little », sous lesquels se présentent les diplégies cérébrales infantiles, comme l'a fait remarquer Freud, l'auteur de la théorie uniciste.

D'ailleurs, l'anamnèse du sujet plaide également en cette faveur.

D... W... était bien né à terme, mais il serait venu au monde en état d'asphyxie ; d'après le père, son fils se serait présenté en position de siège, et le recours aux forceps aurait été nécessaire. Il s'agissait d'un bébé de neuf livres. Nous avons encore appris que le sujet avait présenté des convulsions durant les premières vingt-quatre heures de son existence.

Le père, de souche anglaise, exerçait le métier de mécanicien ; une prise de sang qu'on lui fit fut négative. Aujourd'hui divorcé, il a pu nous donner les renseignements suivants sur son ex-épouse. Cette femme, belge d'origine, aurait eu également de lui une fille, âgée aujourd'hui de douze ans et demi ; son poids dépassait la normale lors de sa naissance, mais aucun incident obstétrical ne nous a été signalé. Enfin, une fausse couche spontanée de deux mois incita à faire chez la mère un examen du sang ; celui-ci fut négatif.

En raison de l'opinion, soutenue par certains auteurs, de l'origine hérédospécifique presque constante des « Syndromes de Little », nous avons fait pratiquer chez notre petit malade les examens biologiques du sang et du liquide céphalo-rachidien, avant et après réactivation. En voici les résultats :

Avant réactivation. — Sang : Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0 gr. 15 ; Pandey, 0 ; Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 0,4 ; benjoin, 00000.12222.00000 ; élixir parégorique : 0-0 ; Meinicke et Wassermann négatifs.

Après réactivation. — Sang : Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0 gr. 20 ; Pandey, 0 ; Weichbrodt, 0 ; leucocytes, 0,4 ; benjoin, 00000.22221.00000 ; élixir parégorique, 0-0 ; Meinicke et Wassermann négatifs.

Nous voyons donc que les examens humoraux infirmaient chez D. W... l'origine hérédospécifique du syndrome et le diagnostic étiologique de lésions cérébrales par trauma obstétrical paraissait plus vraisemblable, l'enfant étant né en état d'asphyxie après accouchement au forceps. L'examen anatomo-pathologique est venu confirmer d'ailleurs notre manière de voir.

ENCÉPHALE. — *Examen macroscopique* : rien de particulier à l'extraction du cerveau qui ne présente aucun enfoncement. L'hémisphère droit pèse 600 gr., le gauche 590 gr., le cervelet et le bulbe 135 gr.

Hémisphère gauche. — Perte de substance, se présentant sous forme de pseudo-kyste, occupant l'axe blanc de la première circonvolution frontale à sa partie orbitaire. Elle s'étend jusqu'à la face inférieure du corps calleux et à la partie inférieure de la corne frontale du ventricule latéral, dont il ne persiste plus qu'une paroi épaisse d'un millimètre. Ce pseudo-kyste mesure quatre centimètres environ d'avant en arrière et deux centimètres à sa partie la plus large. Toutes les circonvolutions voisines sont atrophiées. De ce côté, le pôle temporal est lui-même détruit. Atrophie du noyau caudé, du putamen ; le bras antérieur de la capsule interne est réduit à une bande très mince. Le ventricule est très dilaté.

Hémisphère droit. — Perte de substance sous forme de pseudo-kyste occupant le lobe temporal dans sa moitié antérieure. A ce niveau, la pie-mère est très épaissie, blanchâtre. Les circonvolutions situées en arrière de ce foyer sont très atrophiées. Le ventricule latéral est très dilaté.

Pas d'atrophie notable du cervelet. Pas de granulations du plancher du quatrième ventricule.

Le pédoncule gauche est très atrophié. Dans la protubérance, perte de substance de la grosseur d'un pois situé du côté gauche sous l'aqueduc de Sylvius. Absence de la pyramide gauche au niveau du bulbe.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Méninges*. — La pie-mère est adhérente, riche en cellules conjonctives et en histiocytes. Dans les sillons, elle se présente sous forme de bandes épaisses et adhérentes. Aucune lésion inflammatoire.

Cerveau. — L'examen a porté sur les régions portant des lésions



FIG. 1. — Paroi d'un pseudo-kyste. Orientation anormale des cellules pyramidales atrophiquées ; substance blanche sclérosée. Méth de Nissl. D = 325.

macroscopiques (pseudo-kystes) et sur les régions cérébrales simplement atrophiquées.

Dans les régions simplement atrophiquées, le cortex présente des irrégularités d'épaisseur. L'architecture cellulaire est très troublée. La plupart des cellules pyramidales profondes ne diffèrent pas comme dimension de celles des couches superficielles. Elles ne renferment pas de granulations chromophiles et certaines présentent des vacuoles dans leur cytoplasma. La plupart des prolongements ascendants sont en forme de tire-bouillon. On ne note aucune lésion inflammatoire.

Dans le cortex, cellules névrogliques monstrueuses : certaines cellules microgliales ont aussi un corps hyperplasié.

Au Weigert-Pal, absence de fibres tangentielles et de strie de Bail-larger.

Au voisinage même des pertes de substances pseudo-kystiques, le cortex est moitié moins épais qu'à l'état normal. Les cellules pyramidales atrophiées ont perdu leur ordination.

Les pseudo-kystes intéressent la substance grise des circonvolutions et la substance blanche sous-jacente. Quand la paroi est formée par le cortex, on note une orientation anormale des cellules pyramidales atrophiées, dont le grand axe devient parallèle à la substance blanche sclérosée (fig. 1). Dans les parois, on ne note aucune lésion inflamma-

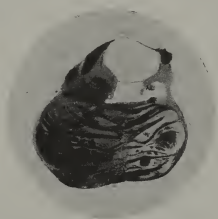


FIG. 2. — Perte de substance sous l'aqueduc de Sylvius. Absence de la voie pyramidale gauche. Méthode de Weigert-Pal. D = 2.

toire, aucun élément qui pourrait indiquer s'il s'agit de foyers très anciens hémorragiques ou de ramollissement.

PÉDONCULES CÉRÉBRAUX. — *Pédoncule droit.* — Aucune lésion dégénérative des faisceaux. L'aqueduc de Sylvius est très élargi.

Pédoncule gauche. — Les dimensions sont d'un tiers plus petites que celles du pédoncule droit. L'atrophie est généralisée, portant sur les différentes régions. Le locus niger est particulièrement bien développé. Le pied du pédoncule sclérosé est réduit à une bande de deux millimètres d'épaisseur.

Protubérance. — La moitié droite est normale.

La moitié gauche est très atrophiée et est le siège d'une perte de substance localisée sous l'aqueduc de Sylvius, débordant légèrement à droite la ligne médiane (fig. 2). Atrophie du pédoncule cérébelleux supérieur. La voie pyramidale est presque absente. La perte de substance, située sous le plancher de l'aqueduc de Sylvius très élargi,

n'est séparée de l'aqueduc que par une petite bande de tissu névroglique. Le pseudo-kyste occupe les régions de la formation réticulée,

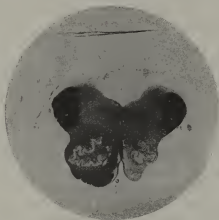


FIG. 3. — Absence de développement de la pyramide antérieure gauche
Méth. de Weigert-Pal. D = 2.

du faisceau longitudinal postérieur, du Ruban de Reil médian, du faisceau central de la calotte.



FIG. 4



FIG. 5

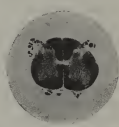


FIG. 6

Dégénérescence partielle du faisceau pyramidal croisé droit.
Méth. de Weigert-Pal. D = 2.

Bulbe. — Le côté droit ne présente aucune dégénérescence fasciculaire.

Le côté gauche est très réduit, surtout dans sa moitié antérieure (fig. 3). La pyramide antérieure ne s'est pas développée ; l'olive est moitié moins grande que celle du côté opposé ; cependant, les cellules olivaires sont nombreuses et très rapprochées les unes des autres.

Le feutrage extra et intraolivaire est très pauvre. Absence du faisceau central de la calotte. Les fibres arciformes cérébello-olivaires sont clarsemées. La strie acoustique qui chemine sous le plancher du IV^e ventricule fait défaut, alors qu'elle existe du côté droit.

Cervelet. — Aucune atrophie localisée. Pas de lésions méningées ; pas de sclérose.

Moelle. — Les cellules des cornes antérieures sont normales. Elles renferment des granulations chromophiles bien ordonnées. Dégénérescence partielle du faisceau pyramidal croisé droit (Fig. 4, 5 et 6).

Les renseignements que nous avons obtenus sur le jeune D. W... sont très précieux, car ils permettent une interprétation des lésions que nous venons de décrire. Rappelons que cet enfant est né en état d'asphyxie après intervention au forceps : il a été atteint, dès la naissance, de convulsions infantiles. La recherche de la spécificité chez les parents et le petit malade est restée négative.

Les grosses pertes de substance localisées dans quatre régions cérébrales aussi différentes que la région orbitaire gauche, le pôle temporal gauche, le lobe temporal droit, la protubérance, ne peuvent pas s'expliquer par un processus diffus encéphalopathique. Notons que les méninges sont peu altérées.

L'examen histologique montre qu'il s'agit de pseudo-kystes, séquelles de larges pertes de substance cérébrale, qui se sont produites dans le très jeune âge.

Dans ce tissu scléreux, on n'observe aucun élément particulier qui permettrait de rattacher la lésion primitive à des foyers de ramollissement. S'il s'était agi de tels foyers lésionnels, il est peu probable que ceux-ci fussent secondaires à des lésions d'artérites ou à des embolies artérielles, car il serait bien surprenant que quatre artérites ou embolies se soient produites en même temps. La notion d'un état asphyxique à la naissance, dû vraisemblablement à un traumatisme obstétrical (accouchement difficile, application du forceps, état asphyxique), nous autorise plutôt à attribuer les pseudo-kystes à d'anciens foyers hémorragiques. Il est de notion courante que, chez les nouveau-nés, la mort au cours des états asphyxiques est généralement causée par des hémorragies cérébrales à foyers multiples. Dans les cerveaux en voie de développement, les parties mortifiées sont facilement résorbées et plus tard on ne peut, d'après l'aspect des séquelles anatomiques, diagnostiquer la lésion primitive.

L'atrophie cérébrale généralisée s'explique facilement par le retentissement des grosses lésions circonscrites sur le développement consécutif du cerveau et c'est cette atrophie qui s'est

surtout traduite par les symptômes diplégiques et même quadriplégiques. Notons, à ce propos, que seule existe l'agénésie du faisceau pyramidal à point de départ cortical gauche.

Il nous a paru intéressant de vous signaler l'aspect rare de ce processus lésionnel, qui n'a été décrit, jusqu'à ce jour, que par quelques auteurs, à propos de la pathogénie des « Syndromes de Little ». Notre cas semble se rapprocher de ceux rapportés par Dupérié et Bardon sous le nom de *pseudo-porencéphalie*.

Claustromanie, Coprochésie et Trichophorie par aboulie psychasthénique, par M. Paul COURBON et M^{me} BUVAT-POCHON.

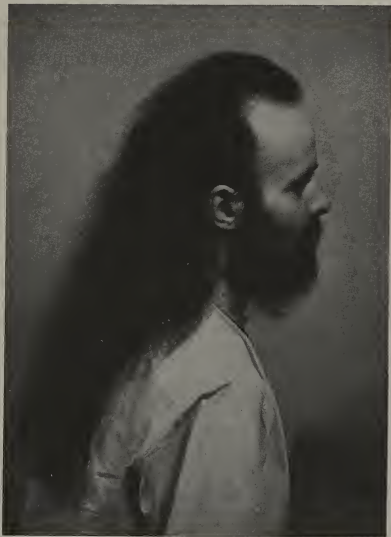
Le malade qui va entrer, et dont nous ne craignons pas d'annoncer que vous admirerez la vivacité de l'intelligence et l'habileté de la dialectique, est resté pendant 13 ans enfermé dans une chambre où il ne laissait pénétrer personne, communiquant avec autrui à travers la cloison, entre-bâillant la porte derrière laquelle il se cachait pour recevoir ou donner les objets dont il avait besoin, laissant croître sa barbe et ses cheveux sans en prendre aucun soin, vivant au milieu de seaux hygiéniques pleins de déjections et vêtu d'habits constellés de taches d'urine ou de matière fécale.

Cette existence n'a pris fin qu'au mois de novembre dernier, au décès de sa mère, morte brusquement d'occlusion intestinale, date à laquelle il fut interné d'office dans notre service. Il portait alors la chevelure longue de 48 cm. et la barbe abondante, photographiées ci-contre. Maintenant, il exige lui-même d'être rasé et tondu comme le sont tous les hommes qui l'entourent.

Fils d'ouvriers parisiens aux mœurs paisibles, il est âgé aujourd'hui de 39 ans. Nous ne savons rien sur son hérédité. Il a deux frères de 40 ans et de 30 ans. Très docile et grand travailleur, mais de santé toujours frêle, bon camarade, mais timide, il fut jusqu'à l'âge de 18 ans le premier de sa classe. A cette époque, il suivait les cours de l'école Colbert pour devenir instituteur, lorsque brusquement il cessa d'être un bon élève, ne sachant plus ses leçons, arrivant en retard, rêvant pendant les cours, ne terminant pas ses devoirs. Cette transformation surprit tellement ses maîtres que le directeur fit venir ses parents pour la leur signaler et en chercher vainement la cause avec eux.

On décida, pour l'aguerrir, de renoncer aux études et on lui donna un emploi de facteur auxiliaire. Mais l'exercice physique le fatiguait plus encore que le travail intellectuel. Il n'en finissait pas de faire

ses tournées, maigrissait. Finalement, on le remercia. Et il resta sans rien faire au domicile familial pendant ces quelques mois qui le



séparaient de la mobilisation. Son père le rudoyait un peu, par contre, sa mère qui l'avait toujours trouvé frêle et trop sensible le calinait, voyant venir avec angoisse son départ aux armées.

Ajourné, puis mobilisé, il n'arriva sur la ligne de combat que le jour de l'armistice. On l'y punit comme forte tête, tout d'abord, à

cause de ses retards. Une fois, notamment, il perdit son sac qu'il avait déposé, pendant la halte, pour aller soulager ses entrailles. Puis on eut des égards pour sa faiblesse. On l'employa dans les bureaux en territoires occupés. Il était en bons termes avec ses camarades, acceptant parfois de les accompagner, mais en simple spectateur, dans des cafés ou même des maisons de tolérance.

Rentré chez ses parents, après sa démobilisation, il voulut, d'accord avec sa mère, se reposer avant de reprendre un métier. Et ce besoin de repos se prolongea tellement qu'il n'a pas encore disparu. Il était maigre, n'avait pas d'appétit, se sentait fatigué, consultait les médecins, vaquait aux soins du ménage, faisant des scènes pour ne pas sortir. Il ne fréquentait personne, pas même ses frères qui se moquaient de lui, lisait beaucoup.

Le père s'indignait de cette oisiveté, de cette lâcheté, de la manie qu'il avait de vouloir laver et relaver les aliments avant de les manger, de la sauvagerie avec laquelle il fuyait la société, du *retard sempiternel* avec lequel il accomplissait les besognes les plus simples. Un médecin qu'on appela auprès de lui, en 1924, fit le diagnostic de psychasthénie et phobie des microbes.

Il prétendait que le mouvement de la foule lui donnait le vertige et il ne sortait qu'exceptionnellement. Les réunions de famille l'importunaient et il n'y paraissait guère.

Lors du mariage de son frère aîné, en 1923, il n'assista pas à la cérémonie, et n'arriva qu'à la fin du repas de noce. Lors de l'enterrement de son père, en 1925, il ne fut pas prêt à l'heure pour suivre le cortège qu'il ne rejoignit qu'au cimetière.

Depuis cette date, n'ayant plus d'autre autorité à subir que celle de sa mère, il ne mit plus le pied hors de sa propre chambre, où il ne laissait entrer personne. Si ses frères voulaient lui parler, c'est à travers la porte qu'il écoutait et répondait. Il fit ainsi, sans la voir, la connaissance de la fiancée de son second frère, au mariage duquel il n'assista pas. Il passait toute la journée à lire ou réfléchir, recevant dans l'entrebaillement de la porte les journaux et les plats. Il faisait lui-même son lit et le nettoyage de la pièce qui avait fini par devenir d'une saleté nauséabonde, car il s'y servait de seaux hygiéniques qu'il n'allait vider que la nuit dans les waters-closets, situés sur le palier de l'escalier.

Quand il était sûr que sa mère était seule dans l'appartement, il allait confectionner lui-même sa cuisine avec les provisions achetées par elle, suivant des recommandations hygiéniques interminables. Il exigeait que la viande fût enveloppée dans des papiers immaculés, que les légumes fussent lavés, relavés maintes fois. Il faisait pour son usage personnel des consommations effroyables de papier hygiénique et de savon. Et, malgré ces soins méticuleux, il avait une barbe hirsute, une chevelure inculte, des vêtements crasseux, des pantalons dont la braguette était toute brûlée par l'urine et les fonds horriblement souillés de matières fécales.

Pendant les treize années que dura sa claustration, il ne reçut la visite d'aucun coiffeur. Au début, il avait été lui-même son propre perruquier. Mais il n'avait pas tardé à renoncer à cet effort et ses cheveux avaient atteint 48 cm. de longueur lorsqu'on l'interna.

Sa mère, depuis que ses autres enfants mariés habitaient ailleurs, se prêtait à ses fantaisies, lui achetant les journaux et les objets qu'il commandait. Les amis qui venaient la voir respectaient la consigne de la conversation à travers la cloison.

Cette vie durerait encore si sa mère, atteinte d'occlusion intestinale, n'avait pas été emmenée d'urgence, le 21 novembre, à l'hôpital, où elle succomba. Les frères du malade prévinrent alors l'hôpital Henri-Rousselle, et il fut interné d'office le 24 novembre dernier.

A son arrivée, dans notre service, il protesta avec énergie contre son internement, répandant avec réticences et habileté.

« Je ne suis pas malade. Je ne suis pas fou. Tout au plus est-ce l'âme que j'ai malade et comme la médecine est une science de la santé du corps, je ne relève pas des médecins. J'ai été à peu près comme tout le monde pendant toute mon enfance, avec un penchant pour l'étude. J'ai eu peu d'amis, parce que j'étais plutôt délicat et timide. Mon père, mes frères ne me comprenaient pas. Seule ma mère me comprenait. Elle était à la fois une mère et une compagne pour moi. Je ne lui faisais pas toutes mes confidences, car je ne sais pas faire de confidences, mais c'est à elle que j'ai dit le plus que je pouvais dire de moi à autrui. J'ai tout perdu en la perdant.

Mon idéal eût été, à ma sortie de l'école Colbert, d'être instituteur et de préparer un professorat où je n'eusse à faire que de la recherche scientifique, car j'aurais été intimidé d'avoir à parler devant des élèves. Je n'aime pas la littérature, ni l'art, mais les sciences physiques ou naturelles m'intéressaient beaucoup. Je lisais la revue « Guérir », le journal « L'Œuvre », des ouvrages de vulgarisation médicale pour comprendre mon cas. Et je me tenais au courant des événements contemporains, pour être à la page quand j'aurais rétabli mon équilibre et repris une vie normale.

Si j'ai vécu ainsi dans ma chambre, c'est parce que j'avais énormément à faire pour rétablir mon équilibre moral perdu depuis l'adolescence, et aussi beaucoup par crainte du ridicule auquel m'exposaient ma barbe et mes cheveux incultes. Tel que je suis depuis des années, j'ai l'air d'un sauvage ou d'un fou. Et la première faveur que je vous supplie de m'accorder, c'est de m'accommoder les poils de la tête à la façon de tout le monde.

Cet état hirsute de ma chevelure et de ma barbe est venu parce que je trouvais secondaire l'importance de ma toilette. Négligent d'aller chez le coiffeur et de me tondre moi-même, je renonçais très volontiers à toute occasion de rencontrer une société quelconque. Je n'ouvrais ma fenêtre que la nuit pour respirer le grand air. Et j'attendais que la maison entière fût endormie pour aller aux waters dans l'escalier. C'est la rencontre inopinée d'un voisin attardé qui fut cause

parfois des souillures de mon pantalon, mes sphincters ne pouvant plus fournir le supplément de résistance que je leur imposais en rebroussant chemin.

Je n'avais jamais le temps de rien faire, car je consacrais toutes mes forces à rétablir mon équilibre. Depuis mes dernières années de l'école Colbert, je ne me sentais plus sûr de moi : je me sentais à la merci des événements et, par la réflexion, par la lecture, je voulais redevenir moi-même, c'est-à-dire redevenir tel que j'avais été autrefois. Je cherchais un équilibre parfait et ne me décidais jamais. Je ne voulais pas me contenter du relatif. Je voulais l'absolu. Je ne voulais pas du secours d'autrui, car ce n'aurait pas été une amélioration réelle si je l'avais due à un autre ou à un médecin. Je crois bien à l'efficacité de la médecine pour la lutte contre les maladies, pour l'hygiène, mais pas pour le rétablissement de l'âme. N'ayant pas été élevé religieusement et n'ayant aucune croyance, je n'avais aucun secours à attendre d'une religion. Je voulais agir par moi-même et n'y arrivais pas. Je ne suis pas fou. Je raisonne très bien. D'ailleurs, la psychiatrie n'en est qu'à ses premiers balbutiements. Je voulais retrouver la confiance en moi. Je reconnais mon tort. J'aurais dû accepter de ne réaliser que par paliers mon idéal, et je voulais l'atteindre d'un seul coup. J'allais y arriver quand j'ai eu l'immense malheur de perdre ma mère.

Il est vrai que j'étais toujours en retard. C'est dû à la difficulté de fixer mon attention et de me décider.

Sexuellement, je n'ai eu aucune liaison féminine. Il se peut que la timidité y soit pour quelque chose, car je me souviens, vers l'âge de 17 ans, avoir trouvé agréables à regarder de jolies jeunes filles aux Buttes-Chaumont, mais que je n'osais pas aborder. Un peu plus tard, il m'est arrivé d'avoir de rares relations avec des prostituées sans grand plaisir, une fois par an environ. Ultérieurement, j'ai eu plus de plaisir à me masturber une fois par mois environ, en associant à cet acte par la pensée une femme dont je me représentais plus la valeur morale que les attraits physiques. Je n'ai jamais beaucoup tenu à me marier, mais j'aurais été exigeant, surtout sur les qualités morales de ma femme. »

Sa conduite à l'asile est tout à fait normale. Il est d'une propreté, d'une régularité impeccables. Il est aimable, serviable avec les autres, quoique peu liant. Très abattu physiquement et moralement au début, nous l'avons bientôt occupé comme secrétaire au bureau des entrées. Il s'est acquitté très intelligemment de sa tâche. Mais il y a contracté une bronchopneumonie grave dont il est à peine convalescent aujourd'hui.

De cette curieuse observation de psychasthénie, car, en l'absence totale de dissociation psychique, de trouble sensoriel et de délire, on ne saurait parler de schizophrénie, nous ne discutons que les trois syndromes cardinaux qui le constituent.

Claustromanie. — Il ne s'agit pas, chez notre malade, d'une de ces séquestrations volontaires à domicile par idée de persécution comme on en rencontre souvent. C'est le sentiment, parfaitement justifié d'ailleurs, de ne pas réaliser les conditions de la vie sociale, qui est à la base de sa conduite. L'indocilité de son attention, les lenteurs de ses décisions, qui le mettaient toujours en retard, l'ont fait renoncer à se mêler à la société et, progressivement, il en vint à ne plus sortir de sa chambre, le dévouement de sa mère lui permettant de satisfaire ses besoins sans avoir l'obligation d'effectuer le moindre effort.

Trichophorie. — Laisser croître à l'aventure sa barbe et encore plus ses cheveux, quand on vit dans un monde de misopogons et de comatophobes comme le nôtre, c'est, pour un homme, le plus sûr moyen d'attirer sur soi l'attention générale. Aussi peut-on catégoriquement affirmer que l'immense majorité des individus à crinières ruisselant sur le dos et à barbe flottant sur la poitrine qui se promènent par les rues sont des mégalo-manes : débiles vaniteux, paranoïaques ou affaiblis intellectuels.

A ne considérer que la photographie ci-contre, on pourrait croire que tel est le cas de notre malade, car sa physionomie dégage une expression hautaine. En réalité, il n'en est rien. La luxuriance de ses poils céphaliques était due à son aboulie. Elle lui faisait honte, il la cachait et son premier appel à l'aide fut pour qu'on l'en débarrassât. Le sentiment de supériorité qu'il éprouve encore réellement est en rapport avec la conscience qu'il a d'être plus raffiné que le vulgaire, raffinement de sensibilité et d'idéal par lequel il compense, à ses propres yeux, l'infériorité que lui inflige son impuissance à agir.

Coprophésie. — La maculation du vêtement par les ordures sphinctériennes est une particularité de la mise des aliénés (1) dont la sémiologie est à discuter. Elle peut être l'effet d'une manipulation des excréments ou coprochrèse. C'est alors le barbouillage avec toutes ses variétés : inconscient, apraxique, délirant, agressif, décoratif, érotique et simulateur.

Elle peut être, au contraire, l'effet d'une défaillance des fonctions sphinctériennes ou coprophésie due, soit à une lésion neuro-musculaire : incontinence organique ; soit à une perturbation psychique dont les variétés sont celles du gâtisme : inconscient, émotif, démentiel, simulé ou par négligence.

Toutes ces expressions sont assez significatives pour se passer

(1) COURBON. — Sémiologie de la mise des aliénés. *Encéphale*, 1919, p. 359.

de commentaire. Les états qu'elles désignent ont été étudiés ailleurs aux points de vue anatomique, physiologique et psychologique par l'un de nous (1). Chez notre malade, il s'agit de coprochésie par négligence.

Au total, ce cas de réclusion volontaire avec incurie du système pileux et de la propreté corporelle rappelle celui de la psychasthénique (2) qui était restée dix années enfermée chez elle, sans avoir le temps de se déshabiller ni de quitter ses chaussures, si bien que l'ongle de son gros orteil avait atteint 1 cm. d'épaisseur et 7 cm. de longueur, recouvrant comme une corne l'extrémité des autres doigts de pieds. Le jour même de son arrivée à Stéphanfeld, cette quadragénaire, lavée, peignée et émondée, reprenait une vie normale. Instituée professeur de musique et de français de la communauté, elle tenait l'harmonium et, plusieurs fois par semaine, allait seule à Strasbourg visiter ses amies. Elle se comportait si bien qu'elle eut, malgré ses 40 ans bien dépassés, une aventure amoureuse, à la suite de laquelle elle réclama et obtint sa mise en liberté.

Le malade, pendant 50 minutes, expose son histoire, fournissant, à qui les lui demande, toutes les précisions. Il pleure en reprochant à ses frères son brusque internement qui l'empêcha d'aller voir les lieux où sa mère vécut ses derniers jours et parler aux malades et infirmières qui assistèrent à ses derniers moments.

A M. Ch. Blondel, qui s'étonne qu'aimant tellement sa mère il n'ait pas eu la force, pour lui faire plaisir, de se couper les cheveux, ni d'aller à l'hôpital avant l'opération dangereuse qu'elle y subit, il concède avoir eu tort et il ajoute : « J'ai encore d'autres repentirs, car je l'ai laissée mourir sans lui donner des satisfactions qui auraient été en mon pouvoir. J'aurais pu me résigner à un emploi manuel, tandis que j'aspirais à la carrière intellectuelle. J'aurais dû accepter le secours des autres pour faire, tant bien que mal, quelque chose, tandis que je ne voulais rien faire que tout seul et très bien. Je voulais, comme disent les Américains, me tenir seul sur mes pattes. Si j'avais su que ma mère fût en danger réel, j'aurais immédiatement donné un coup de tondeuse à ma barbe et à mes cheveux, et j'aurais couru vers elle. »

A M. Brissot, qui émet le doute qu'il ait pu s'y résoudre, il répond : « J'avais bien pu le faire pour aller à l'enterrement de mon père que j'aimais moins que ma mère. »

(1) COURBON. — La malpropreté corporelle et les fonctions sphinctériennes. *Annales médico-psychologiques*, 1923, Tome II, p. 106.

(2) COURBON. — Séquestration volontaire à domicile par misanthropie psychasthénique. *Revue neurologique*, 1922, Tome II, p. 1275.

A M. Rayneau, qui lui demande si l'anxiété qui l'empêchait d'agir ne s'accompagnait pas de sensations bizarres, ni d'éjaculations ou d'émissions sphinctériennes, il répond : « Ce n'est pas par anxiété que je n'agissais pas, mais par entrave. Je ne trouve pas de meilleur mot pour exprimer l'état de ma pensée qui faisait l'école buissonnière et que je ne pouvais pas maintenir fixée assez longtemps sur une question à résoudre. J'avais une mauvaise hygiène, parfois de la diarrhée, et alors il m'arrivait de ne plus pouvoir me retenir assez longtemps, quand, par honte de ma chevelure, je ne voulais pas m'exposer à trouver quelqu'un en allant aux water, dans l'escalier.

« Mes frères ont eu tort de me faire interner et encore plus de donner congé du logement de ma mère. Le loyer n'était pas cher, car nous y demeurions avant la guerre. J'aurais pu obtenir pour moi l'application de la loi de prorogation, dont le bénéfice est acquis après le décès du titulaire de la location, à la personne qui, habituellement, vit avec lui. Or, j'avais 4 ans quand mes parents s'y installèrent. Tous ces chers souvenirs de mon enfance, qui m'étaient si indispensables, m'ont donc été ravies. J'étais désespéré de me voir enfermé comme fou, et exposé au ridicule avec ma barbe et mes cheveux hirsutes. J'ai pensé à la grève de la faim, mais on ne la tolère pas aux aliénés qu'on gèle de force. J'ai pensé à l'évasion, mais je n'ai pas assez de résistance pour mener la vie de clochard. Heureusement, le médecin a été compatissant et m'a compris. J'ai repris confiance et je me suis même réconcilié avec mes frères qui me rendent visite et m'ont promis de m'aider. »

M. CH. BLONDEL. — Je dois à l'amitié de Courbon d'avoir pu examiner à plusieurs reprises ce très curieux malade et j'ai déjà eu l'occasion de lui dire que je trouvais son diagnostic de psychasthénie un peu optimiste. Sans doute, la maladie a débuté par des obsessions, des phobies, des hésitations, des lenteurs, mais elle a abouti de longue date à la domination d'une idée, celle de « se réaliser », qui n'est pas, en elle-même, grossièrement délirante, mais a engendré ou servi à expliquer une claustration très prolongée et tout un comportement qui paraît, lui, très délirant. Au moins, faudrait-il, il me semble, parler, non d'état, mais de délire psychasthénique. D'autre part, ce malade intelligent et très fier de son intelligence, présente, non seulement une insensibilité à l'absurde, mais une obstination à s'y maintenir, sans souci de la justifier, qui valent, je crois, d'être retenues. Pour se prouver qu'il était capable d'agir, il a choisi l'un des actes que les normaux n'accomplissent jamais eux-mêmes. Parfaitement conscient de la situation où ses habitudes de claustration l'avaient mis, il se refuse, non seulement à comprendre, mais à considérer les raisons de son internement

et propose, pour assurer sa vie en liberté, des plans d'une puérité déconcertante. Sa sensibilité, enfin, comme son intelligence, semble fonctionner à vide, sans adhérer au réel, car la grande affection qu'il témoigne vraiment pour sa mère s'est montrée vraiment inopérante. D'aucuns reconnaîtraient, en tout cela, un parfum de schizophrénie.

M. Th. SIMON. — 1° Je suis assez de l'avis de M. Courbon que l'étiquette de psychasthénie correspond mieux à l'état du malade qu'il nous a présenté que celle de délire. L'expression délire de conduite peut, sans doute, être employée, mais elle prête, me semble-t-il, à confusion. Les troubles de conduite ne sont qu'une conséquence d'une gêne de l'idéation.

2° Ce qui est dramatique précisément chez ce malade et ceux qui sont du même genre, c'est le contraste entre, d'une part, la conservation de la lucidité et de la présence, d'autre part, l'incapacité d'aboutir aux réactions convenables. Par le premier point, ils ne sont pas des aliénés ; par le retentissement de leur état sur leur activité, ils sont incapables d'un travail régulier, et même d'une vie normale. La question se pose toujours de savoir si la solution la meilleure ne serait pas de les hospitaliser dans un service ouvert et non fermé.

3° D'autre part, comme le dit M. Blondel, ces malades s'apparentent facilement aux schizophrènes. Par leur isolement, ils arrivent à être presque autant que les schizophrènes véritables, désintégrés du monde où ils vivent. Et probablement les schizophrènes présentent-ils beaucoup de phénomènes de tous points analogues aux leurs, d'où les transitions.

4° Enfin, ce qui m'a frappé chez le malade que nous venons de voir, c'est l'existence, chez lui, de troubles physiques : outre la lenteur, des altérations manifestes de la circulation périphérique, une émotivité de type particulier, une timidité constitutionnelle, et donc probablement un état organique.

M. RAYNEAU. — Je ne crois pas qu'il y ait lieu de tant regretter l'internement, car c'est parfois le meilleur moyen d'entrer en contact avec de tels sujets, sujets sur lesquels le traitement peut avoir des effets considérables en ramenant l'usage des facultés psychiques qui ne sont pas atteintes profondément.

M. Paul COURBON. — Le terme psychasthénique est, je l'avoue, très critiquable en soi. Mais la chose qu'il désigne, dans le langage psychiatrique classique, est exactement le syndrome aboulie. Mon malade est, avant tout, un aboulie, puisque précisé-

ment toutes les anomalies de sa conduite ont disparu depuis qu'une volonté s'est substituée à la sienne. Plus de manies de nettoyage, plus de retards dans l'exécution des actes de la vie quotidienne ; il se lève, se couche, se met à table, la quitte, s'habille, se déshabille avec la même rapidité et aux mêmes heures que les autres. Malgré une oisiveté de 13 ans, il s'est mis, du jour au lendemain, à accomplir fort bien les fonctions de secrétaire au bureau des entrées, y allant et en revenant tout seul, avec une exactitude exemplaire. Il a eu, vis-à-vis de sa mère, l'égoïsme féroce du psychasthénique à l'égard de quiconque consent à respecter sa veulerie, mais cela ne supprime pas son affectivité réelle. Son fameux désir de « se réaliser » n'est que l'expression de la manie de la perfection. Il a, peut-on dire, le génie de l'auto-analyse, comme le prouve la minutie proustienne avec laquelle il vient de fouiller devant nous interminablement les moindres recoins de sa sensibilité.

Dans les certificats d'internement et d'admission, M. X. Abély fait le diagnostic de psychasthénie et M. Dupouy celui de schizophrénie « à forme psychasthénique ». Je refuse de considérer comme n'adhérant pas au réel quelqu'un qui, malgré une claustration de 13 ans, s'est tenu au courant des événements politiques et sociaux, et connaît aussi bien les subtilités de la loi de prorogation des loyers. Je refuse d'appeler schizophrénie un état où il n'y a ni dissociation psychique, ni trouble psychosensoriel, ni atteinte de la mémoire, ni idée délirante, ni ambivalence, ni phénomène d'influence. L'entrave de sa pensée ne lui paraît pas d'origine exogène. S'il finit un jour par présenter ces troubles, je consentirai alors à dire qu'il s'est agi, chez lui, d'une psychasthénie à évolution schizophrénique.

Physiquement, je rappelle qu'il a été toujours frêle et qu'il sort du lit où il a passé 6 semaines pour broncho-pneumonie très grave.

La séance est levée à 11 h. 30.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

Séance du lundi 28 Février 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

Décès du D^r Georges PETIT

M. FILLASSIER, *Président*. — Messieurs,

Né en 1883 à Alban, dans le Tarn, Georges Petit se consacra à la carrière médicale. Externe, puis interne des Hôpitaux et Hospices de Bordeaux, il fut ensuite interne à l'Hôpital général de Blois. C'est là que se révéla sa vocation : il venait souvent, alors, suivre les visites à l'Asile d'aliénés de cette ville, où l'accueillait dans son service le D^r Marchand : il fréquentait le laboratoire, y apportait les pièces qu'il jugeait intéressantes, et s'orientait insensiblement vers la psychiatrie.

Plusieurs années, il fut interne à l'Asile de Blois, puis concourut pour l'internat de la Maison Nationale de Santé de Charenton où il retrouva le D^r Marchand, puis pour l'internat des Asiles de la Seine ; reçu médecin des Asiles, il débuta en 1914 à l'Asile de Beauregard, près Bourges, d'où il partit en 1919 comme médecin-directeur de Chezal-Benoît ; reçu au concours des Asiles de la Seine en 1925, en même temps que Mlle le D^r Pascal, qui ne l'a précédé que si peu dans la tombe, il fut nommé, le 17 juillet 1926, au Pensionnat de Ville-Evrard qu'il ne voulut plus quitter — et ceci est tout à l'honneur et du médecin du personnel — où la mort vient de nous le ravir.

Caractère froid et réservé, se livrant peu quand il ne connaissait pas très bien les personnes, charmant dans l'intimité de ses amis, malicieux dans ses propos, il mettait au service d'une intelligence d'élite, d'un esprit critique particulièrement distingué, un raisonnement serré, ennemi des théories métaphysiques, une mémoire incomparable et une volonté tenace.

Grand travailleur, grand lecteur, très documenté sur les progrès de la science, il ajoutait, à toutes ces qualités rares, le charme d'une grande modestie, et la fierté de sa profession d'aliéniste.

Très respectueux envers ses maîtres qu'il vénérât profondément, il se tenait, dans les nombreuses sociétés auxquelles il appartenait, silencieux et méditatif : brusquement, il demandait la parole, exposait ses idées en un style élégant et précis, et, plein de déférence pour les opinions des autres, se montrait aisément persuasif.

A l'Asile, il examinait ses malades avec quel soin ! Il discutait le diagnostic, recherchant toujours les caractères organiques de l'affection. Il ne voulait pas admettre que l'on fût désarmé devant les maladies mentales. Ses traitements étaient nombreux, il essayait toujours de guérir, ou tout au moins d'améliorer. Il voulait, suivant son expression, « une thérapeutique organique appropriée, persévérante et active ».

Avec de telles qualités, comment s'étonner, dès lors, des travaux qu'il nous laisse. Je rappelle simplement ici que sa thèse sur les pseudo-hallucinations aperceptives est devenue classique.

Arraché à ses études par la grande tourmente de 1914, il fit la plus grande part de la guerre comme médecin de bataillon ; deux fois blessé, gazé, il fut décoré de la Croix de Guerre et, par décret du 29 janvier 1923, nommé Chevalier de la Légion d'Honneur : « Le médecin aide-major de 2^e classe Georges Petit », du 2^e Bataillon du 43^e Régiment Territorial d'Infanterie, porte sa citation du 15 mai 1916, « ne cesse de se distinguer par son dévouement professionnel avec un absolu mépris du danger. — Est allé, à la tête de volontaires, relever, à quelques mètres des tranchées ennemies et sur un terrain battu par ses mitrailleuses, les corps de onze chasseurs qu'il a ramenés dans nos lignes ».

Lorsqu'un être dont le commerce nous était précieux disparaît, qu'une intelligence s'évanouit comme s'évanouit le rayon lumineux à l'heure du crépuscule, notre pensée se groupe autour de lui et veut saisir toutes les raisons que nous avons de l'estimer et de l'aimer, toutes celles que nous avons de garder précieusement son souvenir.

Combien n'affluent-elles pas, ici, à l'esprit, lorsqu'on songe à ce que fut la vie, toute de droiture, de travail et d'efforts, du D^r G. Petit. Certes, il eut de la vie les satisfactions légitimes dues à son mérite et à son labeur, et les dernières années les revanches de jours heureux, mais lorsque vinrent, pour lui, les heures tristes qui sonnent pour chacun de nous, c'est dans la notion pénétrante qu'il avait de son devoir, qu'il puisa la force de les dominer ; nul ne poussa plus loin, jusque dans ses susceptibilités intimes, la notion de son devoir ; elle fut le guide sûr qui jamais ne l'a trahi.

Son œuvre de clinicien averti et consciencieux lui survivra, et l'histoire de la médecine mentale dira qu'on lui doit plusieurs anneaux de la chaîne que nous nous efforçons de forger pour atténuer la souffrance et faire reculer la mort, qui prend aujourd'hui une si cruelle revanche !

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 13 janvier et le procès-verbal de la séance du 24 janvier 1938 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r PFERSDORFF, professeur de Clinique Psychiatrique à l'Université de Strasbourg, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

des lettres de MM. les D^{rs} DELMOND, de Hœrdt, SCHERRER, de Bailleul, qui remercient la Société de les avoir élus *membres correspondants nationaux* ;

une lettre de M. le D^r J. BELBEY, professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de la Plata, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

un questionnaire du docteur F. BRAUN, secrétaire de la Société suisse de Psychiatrie, demandant au nom de cette Société l'avis de la Société Médico-psychologique sur l'opportunité de la reprise des Congrès internationaux de Psychiatrie et, le cas échéant, des suggestions sur la façon de les organiser. Nous vous proposons de nommer une Commission composée de votre bureau et de tous les membres qui voudront en faire partie, pour étudier ce questionnaire et vous soumettre un projet de réponse, dans la séance du lundi 28 mars prochain. (Cette proposition est adoptée).

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. Paul CARRETTE au nom d'une Commission composée de MM. René CHARPENTIER, SIMON et CARRETTE pour examiner la candidature du D^r Juljan DRETLE, il est procédé au vote :

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. DRETHER	20 voix.
Bulletin blanc	1

M. le D^r Juljan DRETHER, médecin neuro-psychiatre de Cracovie, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport du D^r Henri BARUK au nom d'une Commission composée de MM. BARUK, COURBON et MARCHAND pour examiner la candidature du D^r Mareel DAVID, il est procédé au vote.

Nombre de votants	21
Majorité absolue	11

A obtenu :

M. M. DAVID	21 voix.
-------------------	----------

M. le D^r Mareel DAVID, neuro-chirurgien assistant de l'hôpital de la Pitié, est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Écriture en miroir chez un médium, par M. A. POROT.

MM. Paul Abély et Rancoule ont présenté récemment (1) un cas d'écriture en miroir survenue chez un délirant et postérieurement à l'apparition de son délire.

La discussion qui a suivi cette communication a soulevé de nouveau le problème de l'interprétation physiologique et pathologique du phénomène. Naturel chez les gauchers dont l'éducation n'a pas faussé la tendance spontanée (G. Ballet), il représente une modalité substitutive chez les sujets qui, par atteinte organique, ont perdu l'usage de la main droite (hémiplégiques), ou bien, il peut être l'expression d'un état de désorientation.

M. Th. Simon a justement fait remarquer que, fréquente chez les enfants, l'écriture en miroir y est réalisée par la main droite, et pense que, le plus souvent, elle relève d'un mécanisme psychologique plutôt que d'un état organique.

A l'appui de cette conception, nous vous apportons des docu-

(1) Soc. Médico-psychologique, 9 déc. 1937, in *Annales Méd.-psychol.*, déc. 1937, p. 768.

ments qui prouvent que l'écriture en miroir peut être réalisée à l'occasion d'un état spécial, purement psychique, comme la médiumnité.

J'ai recueilli ces documents, écrits sous mes yeux, il y a 10 ans déjà, dans des conditions curieuses que je crois amusant de rap-peler d'abord.

Au Centre Neuro-Psychiatrique d'Alger, que je dirigeais pendant la guerre, j'employais en 1917, à la rééducation de mes pithiatiques, un caporal, moniteur de gymnastique, le nommé Ch... Abraham, garçon doux de manières, mais appliqué et persévérant. Eût-il là la révélation d'une vocation de guérisseur, je l'ignore. Mais, comme j'avais gardé de bonnes relations avec lui et toute sa confiance, il vint un jour, en 1927, m'entretenir d'une organisation spirite qu'il avait réalisée avec des membres de sa famille, « l'Institut d'Etudes Cabalistiques », et me développa l'orientation médicale et philosophique qu'il donnait à son institution, me remettant un manifeste dactylographié que je vous sou-mets.

Comme beaucoup de familles juives d'Algérie, disait-il, sa famille était issue d'ancêtres juifs espagnols que l'Inquisition chassa au xv^e siècle. L'un de ses ancêtres était le fameux Maïmounide, grand philosophe et médecin du xi^e ou xii^e siècle. Ses descendants, qui avaient emprunté le nom de Ch..., vinrent en dernier lieu échouer à Tlemcen, se léguant, de père en fils, comme un patrimoine précieux, l'héritage du grand ancêtre.

Après la démobilisation, mon caporal infirmier, comptable de sa profession, fut vivement intéressé par les études psychiques qui constituèrent, dit-il, sa meilleure distraction. Il devint médium d'un groupe spirite « Lumière et Charité ». Son frère Joseph s'intéressait, lui aussi, aux sciences occultes, et découvrit chez sa femme, fille d'un rabbin très vénéré, « des fluides très forts dans le jeu de la table tour-nante ». En 1924, on s'aperçut que cette jeune femme, sur une simple suggestion qui lui fut faite, avait le don d'écrire en posant simplement sur le papier la main munie d'un crayon. Cette belle-sœur, comme le dit le manifeste, était désormais « l'auxiliaire précieuse des grandes révélations de l'au-delà ».

Détachés du groupe « Lumière et Charité », la mère, les deux fils et la belle-fille fondaient à leur tour leur « Institut d'Etudes Cabalisti-ques ».

L'esprit-guide qui présidait aux travaux de ce groupe, qui inspirait son Directeur et se manifestait par le crayon du médium écrivain était celui du prophète Elie que la religion hébraïque appelle Eliaou Hanabi et que la religion chrétienne désigne sous le nom d'Elie le Libérateur.

Je passe sur les buts généreux et philanthropiques que ce groupe s'assignait dans l'ordre médical et philosophique, et qui me furent longuement développés avec des exemples magnifiques de guérisons...

La confiance de mon ancien auxiliaire me permit d'assister à une séance du médium, et je pus même emporter les cahiers que je vous présente aujourd'hui, et dont quelques-uns furent écrits sous mes yeux.

Ce médium était une jeune femme d'une trentaine d'années, mère de 4 enfants, normale par ailleurs, qui n'eut jamais d'épisode mental, vivant de la vie la plus régulière et la plus simple, dans un milieu modeste d'employés.

Les écrits inspirés étaient généralement déposés sur de petits cahiers de 10 pages à couverture souple, à papier réglé.

J'en ai deux modèles :

L'un d'eux (consultation donnée à une cardiaque que je me trouvais connaître) est le type caractéristique de l'écriture médiumnique, où toutes les lettres et tous les mots sont enchaînés les uns aux autres, sans que le crayon quitte le papier, avec parfois des traits en lacets qui vont d'un bord à l'autre de la page, ou des arrêts avec crispation et piétinement sur place. Ce premier type est écrit de la main droite et de gauche à droite, au recto et au verso. Rien de particulier en dehors de l'automatisme.

Mais d'autres cahiers présentent le phénomène de l'*écriture en miroir de droite à gauche*, en particulier deux cahiers qui se font suite et qui furent écrits sous mes yeux. Là le médium commence à la dernière page et au verso, et elle va en remontant le cahier, n'écrivant que sur la feuille de gauche et au verso. Elle tient alors son crayon de la main gauche. Les lettres d'un même mot sont toutes enchaînées, mais les mots sont détachés les uns des autres. Il y a deux à trois mots à la ligne, et 6 à 8 lignes à la page ; la fin de la ligne descend au-dessous du niveau de départ.

Remarque intéressante : sur la couverture, toujours de la main droite, elle a écrit normalement, c'est-à-dire de gauche à droite, en gros caractères, une recommandation liminaire : « Un peu de recueillement, S.V.P. ».

Le contenu, comme on peut en juger par la reconstitution par transposition, est assez pauvre. Le niveau intellectuel de notre médium est médiocre et correspond à une certaine simplicité d'esprit.

Ce qui est très intéressant dans ce cas, c'est la raison pour laquelle elle se mit à écrire en miroir de la main gauche.

Son pouvoir de médium et de guérisseuse avait été assez vite connu et lui attira une clientèle importante d'âmes en peine, et quelques curieux.

Parmi ceux-là, un confrère de Blida, le docteur B..., vint la consulter sous un nom d'emprunt. A un moment donné, il lui posa la question : « Voyez-vous ce que vous écrivez ? » L'esprit répondit par la voix du médium : « Je vois ce que ma main a tracé. Mais puisque vous vous intéressez à ce phénomène, je vais vous prouver que c'est indépendant de sa curiosité et de sa volonté. » Et le médium se mit à écrire de la main gauche et à l'envers. Il remplit alors sans arrêt un

nombre important de pages. De ce moment, l'écriture en miroir fut à sa disposition. Dans ses révélations, il se servit alors tantôt de l'écriture normale, tantôt de l'écriture inversée.

J'ajoute que ce sujet n'était pas gaucher et ne l'avait pas été dans son enfance, au dire formel de la famille.

La mort du beau-frère, survenue en 1934, marqua la fin de l'Institut Cabalistique, et cette femme, depuis, a cessé ses pratiques de médiumnité pour reprendre sa vie normale et se consacrer à ses devoirs de mère de famille.

La constatation d'une « écriture en miroir » chez un médium est un fait très rare. Pourtant, Critchley, dans son étude récente et très complète (1), dit « avoir vu un médium exécuter cette écriture au cours d'une séance de spiritisme ». Mais il ne nous renseigne pas sur la main qui tenait le crayon. Il ajoute qu'il en est de même au cours des états de « conscience partielle », dans les intoxications, et dans les formes légères de confusion mentale.

Le point particulier et intéressant de cette observation est l'*ambivalence* du sujet, dont l'écriture « inspirée » se fait, tantôt sur le mode normal, tantôt sur le mode inversé, tantôt de la main droite, tantôt de la main gauche.

Le phénomène est bien d'ordre purement psychologique ; il se produit sous l'influence directe d'une idée qui le commande, idée délirante dans le cas de MM. Paul Abély et Rancoule, processus de justification et de démonstration dans le cas de notre spirite qui tenait à prouver la présence d'une autre personnalité en action.

On voit par là combien est étendu le domaine nosographique de l'écriture en miroir, qui va d'une disposition innée (cas des gauchers), d'un simple phénomène de jeu chez les enfants, jusqu'aux cas à substratum organique (cas des hémiplésiques et des apraxiques), en passant par des processus d'apparence purement psychopathique.

Mais est-il bien logique de séparer toutes ces formes et ne pourrait-on pas leur trouver un lien commun dans une perturbation spécialisée et segmentaire de cette fonction de « l'image de soi », dont M. Van Bogaërt nous a montré les aspects pathologiques si multiples et si divers, et fourni de nombreux exemples : algo-hallucinoses, anosognosie, troubles de la pensée spatiale. Il a montré, en particulier, avec des exemples à l'appui, comment,

(1) *Annales Médico-psychologiques*, avril 1929.

par un enchaînement logique, on pouvait intégrer des faits de dédoublement de soi, et de dépersonnalisation (1). Et son étude nous montre qu'il peut en exister des formes segmentaires et spécialisées à certaines fonctions. Il y a là, en tous cas, une hypothèse de travail et de recherches intéressante à retenir pour l'avenir.

M. Paul ABÉLY. — Mon malade, comme celui du Professeur Porot, était ambivalent dans son écriture normale, il utilisait aussi bien la main droite que la main gauche. Mais le délire lui imposait l'usage de la main gauche. Alors, il écrivait en miroir de droite à gauche. Ce mode d'écrire n'était que la conséquence secondaire, et croyons-nous obligatoire, de l'utilisation de la main gauche et du sens droite-gauche.

D'ailleurs, en même temps, il limitait tous ses gestes, toutes ses positions, à ce même côté gauche.

L'écriture en miroir était bien, dans ce cas, d'étiologie purement psychologique, comme dans le cas cité par M. Simon et dans celui d'aujourd'hui. Dans la littérature se rapportant à l'étude de cette écriture, cette origine, uniquement psychique, n'est pas citée.

M. Charles BLONDEL. — L'écriture normale de la main droite se fait par un tracé de caractère allant de droite à gauche. Pour des raisons symétriques, l'écriture spontanée de la main gauche, celle qui ne s'accompagne d'aucune évocation visuelle des lettres, doit se faire de gauche à droite. En somme, quelle que soit la main, l'écriture se fait toujours en allant de dedans en dehors. L'écriture en miroir est normale pour la main gauche. Il serait curieux de savoir comment les Arabes écrivent lorsqu'ils tiennent la plume de la main gauche.

M. MINKOWSKI. — Il y a lieu de se demander si, dans le cas de M. Porot, l'écriture en miroir peut être considérée encore comme manifestation « pathologique » à proprement parler et rapprocher de ce fait des cas d'ordre neurologique. En tous les cas, ici comme dans les cas de M. Abély, il ne s'agit pas d'un trouble de la fonction de l'écriture, mais d'une manifestation secondaire traduisant un autre trouble: une idée délirante particulière. Ainsi, chez le malade de M. Abély, l'écriture était ambivalente, l'écriture ne devenant en miroir que pendant le délire. Ce malade écrivait-il quelquefois en hébreu ?

(1) *Annales Médico-psychologiques*, novembre et décembre 1934.

M. POROT. — Je pense que l'inversion des mouvements correspond à la grande loi des syncinésies : les mouvements de la main gauche, pour un acte donné, sont symétriques de ceux de la main droite ; quand, sous un processus quelconque, ils arrivent à se dissocier ou à se remplacer, ceux de la gauche se feront « en miroir ».

En ce qui concerne l'écriture des Arabes, pour répondre à la question de M. Blondel, ils écrivent à l'envers, mais de la main droite. Je n'ai pas eu l'occasion de rencontrer chez eux l'écriture faite de la main gauche.

A M. Minkowski, je dirai que j'ignore si le médium en question connaissait l'écriture hébraïque. En tous cas, elle ne s'en servait pas dans la pratique de la vie.

Manies de veuvage, par M^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et M. Henri Ey.

Si, dans la clinique, les observations de crises de manie ou de mélancolie survenant après des émotions, et notamment des deuils, ne sont pas rares et depuis longtemps connues, il semble que les observations publiées décrivent presque toutes des cas de mélancolie. Sans doute, une investigation bibliographique un peu poussée permettrait-elle de trouver éparses dans les travaux concernant la folie périodique ou les psychoses émotionnelles des observations comparables au cas de Mme S. d'Esquirol, mais nous ne connaissons pas, ou nous n'avons pas su trouver un travail consacré aux *manies de deuil* avant celui que Lagache vient de consacrer à la psychanalyse du « Deuil maniaque » (*Semaine des Hôpitaux*, janvier 1938).

Nous avons pu recueillir trois observations de « Manies de veuvage » dans un petit service, en quatre ans, ce qui laisse supposer que l'on pourrait en trouver bien d'autres (1).

OBSERVATION I. — Mme K. Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Intelligente, de caractère très doux et généralement gai, elle est assez nerveuse et sujette cependant à des périodes de tristesse. Elle s'est mariée à 22 ans et le ménage fut très uni. A 33 ans, à la suite d'une appendicectomie, elle eut une première crise de manie typique (excitation psychomotrice, chants, mission à accomplir) pour laquelle elle fut placée pendant 5 mois à l'asile de Clermont.

Quelques années plus tard, en mai 1936, âgée alors de 38 ans, elle

(1) Nous venons de recevoir un quatrième cas de manie de veuvage (note ajoutée à la correction des épreuves le 5 mars 1938).

perd son mari dans des circonstances particulièrement pénibles : il est tué dans un accident de travail, et l'autopsie du corps devant être pratiquée, l'enterrement ne peut avoir lieu qu'une semaine après la mort. Le mari meurt le lundi. Le soir de ce jour, elle est dans son état normal, le lendemain et le surlendemain également. C'est le jeudi, trois jours après le décès, que brusquement elle commence un deuxième accès de manie : elle veut se jeter par la fenêtre, essaye de démonter un poêle, ne se rend plus compte de rien, décide de ne pas aller à l'enterrement. Puis déclare qu'elle désire y aller, que tout est changé autour d'elle. Elle est gaie, ne pleure pas et croit toujours voir son mari. « Georges (son mari) n'est pas mort, disait-elle, je le reverrai. » Activité motrice nette, promenades incessantes, va et vient, un jour on la trouve juchée au haut d'une échelle et criant : « Georges, viens me délivrer ! » Elle ne s'occupe plus du tout de ses deux enfants âgés de 15 et 7 ans. Enfin son état est tel que l'internement est indispensable et elle entre à Bonneval le samedi, c'est-à-dire cinq jours après le décès, où le certificat suivant est rédigé : « Crise d'agitation maniaque, désordre des actes, fuite des idées, activité de jeu, fabulations délirantes. » L'accès, traité par le somnifère à hautes doses, évolue rapidement, et le 31 août, après un internement de 3 mois, la malade est rendue guérie à sa famille. Mais quatre mois plus tard, elle revient à Bonneval, atteinte cette fois d'une *psychose dépressive* typique. Voici le certificat rédigé à l'entrée : « Délire mélancolique à thème de culpabilité, mystique, refus partiel d'aliments, négativisme opiniâtre, résistance à l'examen. Semi-mutisme, ralentissement idéo-moteur. Inhibitions. » Cet épisode est de courte durée et la malade guérie quitte l'asile cinq mois plus tard, en mai 1937.

OBSERVATION II. — Mme B. a toujours été nerveuse et a fait preuve d'un caractère assez difficile. Elle a une enfance sans histoire, se marie à 22 ans et a un enfant à 23 ans. Elle devient veuve en mars 1933 à 33 ans et est internée quelques jours après à Bonneval. Elle est très gaie, très agitée et arrive en costume clair « folle de joie ». Le certificat immédiat note : « atteinte d'excitation maniaque, choc émotif initial. Excitation intellectuelle avec fuite d'idées, instabilité, troubles prédominants du caractère. Insomnie. Désordre du comportement et des actes. Excentricités. Grossièreté verbale. Agitation, turbulence subcontinue. Impulsivité subite avec violences dangereuses, menaces, voies de fait. Troubles psychopathiques constitutionnels n'ayant pas comporté jusqu'alors de réaction antisociale aussi marquée ». Le certificat de quinzaine note : « *épisodes délirants à thème érotomaniaque touchant la personne d'un notaire* ». Dès son arrivée à l'asile, elle écrit lettre sur lettre au dit notaire. Elle lui envoie des fleurs « où elle a mis tout son cœur et les baisers qu'il ne veut pas accepter et qu'elle serait très heureuse de lui donner car elle est très affectueuse. Aimez-moi comme je vous aime, lui écrit-elle, et sans partage ». Et elle signe « votre femme ». Bientôt l'exaltation et l'agitation se calment. Dès qu'elle revient à son état normal, son premier soin est de s'enquérir si

ses lettres délirantes adressées au notaire ont été expédiées. Rassurée, elle se calme, et moins de deux mois après son entrée, la malade peut sortir.

Elle reste en liberté jusqu'en octobre 1934, c'est-à-dire pendant 15 mois. Son père a déclaré que pendant ce temps, elle était triste, abattue, et elle-même avoue avoir alors essayé de se pendre, mais que la corde s'était rompue. Elle vit dans un état de profonde incurie, ne s'occupant ni d'elle-même ni de son enfant âgé de onze ans, ni de son ménage, reste des semaines sans faire la vaisselle. Elle accueille son père, qui a été prévenu par les voisins, en lui montrant deux haches qu'elle avait préparées pour tuer ses parents et son fils. Elle est alors réinternée et le certificat suivant est rédigé : « Etat de stupeur, mutisme, dépression, brusques accès d'agitation avec onirisme anxieux. Atonie du masque. Hébétude. Semi-anxiété de sa situation. A présenté des obsessions impulsives homicides. Etat général précaire. » Après l'entrée, on note de l'*agitation anxieuse*, du refus d'aliments, l'état s'améliore assez rapidement, et un mois après l'entrée on peut l'envoyer à l'atelier de couture. Elle reste cependant toujours assez hyperémotive mais réclame sa sortie.

On lui trouve un emploi d'infirmière dans un sanatorium et elle quitte l'asile guérie en mars 1935. Elle y sera ramenée deux mois plus tard dans un *état maniaque*, « avec idées délirantes, expansivité, logorrhée, graphorrhée, turbulence, jeu, cris, chants. Erotisme, variation de l'humeur. A une amie elle écrit : « Je suis ici comme une reine folle, je ne fais que chanter, danser, j'ai un bon lit, une bonne table, je ne peux demander mieux comme repos, vraiment je suis vernie... Je sais faire du théâtre et je danse et chante à la perfection, si je voulais je serais la reine de Paris et de l'Amérique... Tout se terminera par une apothéose... » L'agitation est à son comble : au milieu de la nuit, exige qu'on la pèse, bouscule les tables de nuit, griffe et mord les infirmières, frappe, casse, crache partout, déchire son linge, déclare qu'elle tuera plutôt dix personnes, mais qu'elle aura le notaire, mort ou vivant ! Elle crie, hurle des injures, des grossièretés et se masturbe. Sa malignité ne connaît plus de bornes et elle déclare : « Tout est permis aux fous et aux agités : je tuerai quelqu'un ! » Cet état de fureur maniaque persiste jusque vers le mois de mars 1936, date à laquelle une narcothérapie au somnifène coupe l'accès. Peu à peu, elle devient plutôt légèrement déprimée.

En juin 1936, on note une hémiparésie avec maladresse, diminution de la force musculaire, amyotrophie, hyper-réflexie tendineuse, hémianesthésie et signe de Babinski du côté gauche.

A ce moment l'oculiste note :

En 1936, on pose le diagnostic de tumeur cérébrale, mais on ne peut amener sa famille à se charger d'elle et à la faire transporter à la Pitié où on l'aurait opérée. La paralysie et l'anesthésie du côté gauche augmentent rapidement. La malade doit rester couchée, ne peut se mouvoir dans son lit. La dépression augmente et la malade dit que si elle

en avait la possibilité, elle se suiciderait. Bientôt apparaissent des tendances syncopales, des vomissements, des céphalées extrêmement pénibles à localisation occipitale.

Puis l'état se modifie et la malade entre dans une phase de somnolence, de torpeur, et ne réagit plus que faiblement aux diverses excitations. Elle est indifférente à tout ce qui l'entoure et meurt le 25 janvier 1937, d'un ramollissement cérébral intéressant une branche superficielle de la sylvienne et ressemblant à un examen superficiel, en raison de son caractère kystique, à un abcès du cerveau.

OBSERVATION III. — Mme S. Il n'y a rien à noter dans ses antécédents héréditaires, sinon un père qui, « savant », inventeur, homme d'affaires, homme de lettres, âgé actuellement de près de 80 ans, est dans un état hypomaniaque habituel.

La puberté et la jeunesse de Mme S. furent sans histoire. Elle était une jeune fille d'un caractère entier, un peu vif, gaie et très intelligente. Elle se marie à 21 ans avec un étranger pour lequel elle éprouve des sentiments très vifs. Elle s'entendait très bien avec lui, mais ce dernier était violent et des heurts pénibles se produisaient parfois entre eux, à la suite desquels son mari se renfermait dans un mutisme boudeur. Dès son mariage, elle est enceinte, mais son mari refusant absolument d'avoir un enfant, elle prend quelques médicaments et fait une fausse couche de deux mois. Cependant, peu après, elle mène à terme une nouvelle grossesse rendue très pénible par le caractère de son mari. L'enfant naît à 7 mois 1/2, l'accouchement est facile, mais elle est très anémiée par des métrorragies importantes. C'est alors que s'installe insidieusement, quelques mois après cette naissance, un état de *dépression mélancolique* qui va durer 4 ans, de 22 à 26 ans. Au cours de cet épisode, elle présente de l'asthénie, des sentiments de tristesse, d'impuissance, d'indifférence affective, des phobies, des scrupules, des obsessions, des impulsions homicides (à l'égard de son enfant surtout), fait une tentative de suicide et est placée dans plusieurs maisons de santé. Après sa guérison, elle est enceinte de nouveau et accouche à 27 ans d'une deuxième fille : cette seconde puerpéralité se passe sans incidents. Quelques années plus tard, à 33 ans, elle présente un second épisode dépressif d'une durée de 5 ans, en tous points comparable au premier accès, et qui est soigné en maison de santé. Il semble qu'elle ne puisse se décider à revivre une vie normale : elle sort cependant de la maison de santé, va à Paris, déjeune chez des amis, mais ne peut quitter ce refuge qu'une crainte intense de la vie lui rend indispensable. L'état s'amende cependant et de 1933 à 1936 (39 à 42 ans) elle mène une existence à peu près normale, attristée cependant par la mort de sa mère à laquelle elle était très attachée. Elle vit à l'étranger au milieu de son mari et de ses deux filles, sort avec des amis, va au cinéma, mais se sent cependant un peu seule. L'état de santé de son mari, atteint d'une cardiopathie depuis une vingtaine d'années, s'aggrave beaucoup au cours de l'année 1936

et le médecin qui le soigne ne cache pas à Mme S. que le pronostic est très réservé. Le caractère de M. S. change également et il devient très sombre. Mme S., dès cette époque, a des insomnies presque toutes les nuits. En novembre 1936, son mari est alité pendant une quinzaine de jours, elle se fatigue à son chevet, le soigne et passe des nuits à le veiller. Son mari meurt le lundi matin 30 novembre. Elle se souvient très exactement avoir assisté avec ses deux filles à ses derniers moments et avoir été très impressionnée : c'était la première fois qu'elle voyait mourir quelqu'un. Le jour du décès elle se sent troublée, énermée, affolée, l'ambiance est changée. Des amis venant avec un prêtre, elle refuse de les introduire auprès du corps de son mari, descend téléphoner et les renvoie, afin de rester seule avec son mari. Le soir on emporte le corps afin de le déposer dans une chapelle, elle a nettement l'impression que son mari n'est pas mort. Mme S. avait entendu dire qu'il faut coucher dans le lit où quelqu'un vient de mourir, elle couche ce lundi soir dans le lit où est mort son mari. Le lendemain, mardi, elle se sent nerveuse, est très préoccupée par tout ce qu'elle a à faire (envoyer des lettres, faire des courses). Les obsèques ont lieu le mercredi. Dans la voiture qui la conduit au cimetière elle a l'impression que son mari est assis auprès d'elle. Elle-même se sent troublée mais pas anxieuse : elle a l'impression qu'on va l'interner, elle demande en vain du laudanum à son médecin et ses amis proposent de la renvoyer en France. Le samedi 5 décembre elle revient à Paris dans un état d'exaltation extrême, elle pense que c'est là seulement qu'elle pourra dormir. A la gare, elle est très déçue de ne pas trouver le Dr X. (qui l'a soignée pendant ses deux séjours en maison de santé). Des amis venus l'attendre la conduisent à nouveau chez le Dr X. Elle n'a conservé que des souvenirs très vagues de cette période : le temps pour elle n'a pas de durée, elle a l'impression que le Dr X. la guide, elle se sent excitée, on ne la laisse pas finir ses phrases. Tutoie le Dr X., l'appelle « mon chéri » et le prend un jour par le revers de son veston en lui demandant s'il avait 8.000 fr. pour les obsèques de son mari. Mme S. est alors transportée dans une maison de santé fermée : il semble qu'à partir de ce moment elle a une conscience plus nette de ses idées délirantes : « Je m'imaginais que j'étais Lady Hamilton, que mon mari était un grand poète, que mes yeux allaient devenir verts, que les yeux des nobles changeaient de couleur... ce sont les yeux qui me frappaient... j'ai toujours aimé les yeux verts... » Tout était pour elle, mélangé, agréable, comme dans un roman... elle avait l'impression que le Dr X. était derrière elle, que son mari allait la donner à ce Dr X., qu'elle devait être transformée et épouser le Dr X. Elle se sentait dirigée par lui, il lui parlait et elle avait des rapports sexuels avec lui et avec d'autres aussi. Les fausses reconnaissances sont multiples : l'interne qui lui passe la sonde est un de ses cousins mort à la guerre ; sur tous les visages elle met un nom, ce sont des amis, des parents. Mme S. arrive à Bonneval le 9 janvier 1937, en pleine excitation maniaque, on note en particulier l'inconscience de

son veuvage et un érotisme très net. Dans les bribes de conversation reviennent souvent les mêmes thèmes : convoi, lumières, cimetière... longues conversations avec un certain « Marcel », elle dit avoir accouché d'un prince de Russie, avoir fait tomber la lune pour préserver les aviateurs. Elle dit plus tard de cette crise : *c'est le moment le plus heureux de ma vie, le seul moment de vrai bonheur*. Elle est elle-même le Roi de Rome et prend les autres pensionnaires pour des personnages en renom : Gyp, Sarah Bernard, les héros de l'*Atlantide*...

Vers le 20 mai, après narcothérapie au somnifène, sédation des troubles. Le 1^{er} juin, son père la trouve bien et demande à l'emmener, mais quelques jours plus tard apparaissent des tendances dépressives. Asthénique, déprimée, découragée, Mme S. dit qu'elle ne guérira pas, qu'elle a des idées hystériques et que mieux vaudrait pour elle se tuer avec ses deux filles pour supprimer ainsi tout son déshonneur. Elle présente les troubles de son déséquilibre habituel : anxiété, remords, phobies, perplexité, hyperémotivité, insomnies, etc...

Un point mérite une particulière attention : tous les soirs, dans la phase hypnagogique très prolongée qui précède son sommeil, elle est reprise par les phantasmes mêmes qui ont peuplé la grande crise d'agitation maniaque. Le thème général et sans cesse renouvelé est celui-ci : elle est dans un théâtre, entourée de personnages littéraires, de « vedettes » de la scène et de l'écran. Au « fond » de cette rêverie les personnages de son mari encore vivant et du D^r X. « indissolublement liés ». Généralement les scènes sont érotiques, gaies, agréables. A ces scènes succèdent alors dans le sommeil des rêves. En voici un récent : « Son mari revient de voyage, il la confie au D^r X., celui-ci lui fait jouer un rôle dans un studio. Il veut la transformer. Elle est couchée et porte le maillot comme au cours de son agitation ». Elle déclare d'ailleurs que le D^r X. est plutôt un faible, tandis que son mari était un être fort et jeune, jamais, déclare-t-elle, je n'ai aimé le D^r X. « Je l'ai appelé mon chéri quand mon mari est mort, mais je ne comprends pas vraiment comment j'ai pu me figurer avoir eu des relations sexuelles. » Par contre, le matin au réveil, angoisse, scrupule, peur d'être mise en prison, honte de ses rêves et de ses phantasmes hypnagogiques. Telle est, si l'on peut dire, la succession de ces états d'âme, allant des phases les plus contrôlées et conscientes de sa vie psychologique aux plus libérées et inconscientes, dans les périodes hypnagogiques ou au cours du sommeil.

Ces trois malades sont atteintes de folie périodique à double forme. Dans le premier cas, il y avait déjà eu un accès maniaque antérieur, mais dans les deux autres observations il s'agissait du premier accès maniaque (1).

Quatre traits cliniques peuvent être mis en évidence : 1° le temps de latence bien connu dans les psychoses émotionnelles

(1) Dans le quatrième cas du 5 mars 1938, il s'agit également d'un premier accès.

entre l'émotion choc et l'éclosion des troubles ; 2° la persistance au cours de l'accès de l'image du mari considéré comme vivant ; 3° la brièveté de l'accès maniaque (20 jours, un mois, 6 mois) ; 4° la reprise des troubles, parfois immédiate, dans un accès mélancolique.

De ces trois observations de crises maniaques survenues à la mort du mari, la dernière est évidemment la plus intéressante parce que nous avons pu analyser plus profondément la vie affective de Mme S. Aussi c'est sur cette observation que nous désirons faire porter spécialement nos commentaires. C'est évidemment le thème des « veuves joyeuses » qui vient à l'esprit en présence de tels cas. Il nous semble cependant que ce mécanisme mérite d'être approfondi dans un sens un peu différent et plus large. Il ne s'agit pas en effet de malades qui n'aimaient pas leur mari et qui ont été enchantées de leur mort. Tout au moins ce n'est pas sur le plan conscient que se déroule la série des réactions affectives. Tout se passe comme si la crise de manie représentait une *sorte d'insurrection de la vie instinctive refoulée*. La mort du mari, de l'époux aimé et même bien-aimé, représente un événement qui rompt l'équilibre des instincts dans le sens d'un abandon du contrôle et de la « censure » de ce que Freud appelle le « Sur-Moi ». La manie est, pour lui, une déroute du Sur-Moi comme la mélancolie est un renforcement des forces répressives du Sur-Moi. Il n'y a pas lieu d'insister sur ce mécanisme connu de tous et si profondément analysé par Freud (cf. notamment sa « Métapsychologie » à propos de deuil et mélancolie et le très intéressant article de Lagache cité plus haut. Le cas de Mme S. est, à cet égard, particulièrement instructif. Le mode d'organisation de son affectivité est une sorte d'équilibre constamment instable entre ses tendances instinctives et leur inhibition anxieuse. Les phases hypnagogiques et les rêves de son sommeil révèlent constamment cette perpétuelle pression de ses instincts libidineux. L'ordre établi dans son existence, l'équilibre trouvé dans son mariage, l'attachement à son mari comme à l'image de cet équilibre, tout cela a été rompu par la mort de l'époux au profit du D^r T., image du désordre instinctif auquel elle s'est livrée dans son excitation maniaque, jusqu'au moment où ayant repris conscience, effrayée et honteuse, elle est redevenue la proie de l'angoisse. Telle est la succession de ses états pathologiques après la mort de son mari. Elle est superposable au cycle de ses oscillations psychiques journalières (veille-sommeil).

Peut-être n'est-il pas sans intérêt de constater de tels méca-

nismes chez ces malades périodiques. Peut-être n'est-il pas absurde de penser que si la psychose périodique, éminemment dégénérative, est bien nécessairement déterminée par les désordres biologiques, le mode de succession de ces accès, leur qualification différente dans l'unité de la psychose peuvent être en partie déterminés par l'organisation et les événements de la vie instinctive et en suivre le rythme interne.

Essai d'interprétation des réactions maniaques survenues après une émotion triste (Manie après veuvage), par MM. Xavier ABÉLY et Maurice LÉCONTE.

On a cité d'assez nombreux exemples d'accès mélancoliques survenant après une émotion joyeuse et d'accès maniaques après une émotion triste. Il a paru surprenant qu'un état affectif de tonalité bien déterminée puisse provoquer une réaction psychopathique de tonalité opposée. Devant la difficulté de saisir l'enchaînement psychologique des phénomènes, certains auteurs, dont Tinel, ont pensé que la qualité de l'émotion était en réalité indifférente, qu'elle agissait simplement à la façon d'un choc par ses facteurs organiques, d'ailleurs identiques dans tous les cas. La psychanalyse a tenté d'apporter une explication de ces cas. Un article récemment paru de Lagache fournit d'intéressantes suggestions. Les interprétations du subconscient restent encore trop sujettes à caution pour satisfaire certains esprits positifs.

L'intérêt de l'observation que nous présentons est qu'elle permet de saisir une relation claire, spécifique, et d'ailleurs consciente pour la malade elle-même, entre l'état affectif primitif et la forme de la psychose consécutive. Il s'agit vraiment d'une psychose réactionnelle dans le sens où l'entend Jaspers, c'est-à-dire que sa forme est en rapport compréhensible avec l'événement originel qui la conditionne entièrement. Nous voudrions montrer aussi qu'on s'est peut-être mépris, dans bien des cas, sur la discordance entre le sens du choc affectif et le sens de la réaction psychopathique. Cette discordance n'est souvent qu'apparente. La méprise vient de ce qu'on attache une importance trop grande à l'émotion prise isolément et qu'on néglige les facteurs psychiques beaucoup plus importants qui avaient largement préparé le terrain de la psychose.

Dans notre observation, le fait objectif est que la mort du mari a entraîné chez notre malade un accès maniaque bien caractérisé. L'accès a débuté très rapidement après le décès. Après

quelques heures de retenue devant les visiteurs, la malade s'est livrée à des manifestations désordonnées de joie ; montée sur une chaise, elle gesticulait dans la chambre mortuaire. Il faut noter qu'elle n'avait jamais eu d'accès antérieur.

Mais, pour comprendre cette réaction maniaque, c'est tout le passé, surtout conjugal, de la malade qu'il faut envisager.

Elle eut une enfance malheureuse, marquée par les disputes des parents, l'abandon du père, la misère et l'alcoolisme de la mère, la dureté d'une tante qui l'avait prise chez elle. Elle s'est mariée à 24 ans, « par dépit ». Elle n'aimait pas son mari et ne l'a jamais aimé. Il était brutal au début du mariage. Elle n'a jamais eu de lui aucune satisfaction sentimentale ou sexuelle. Il était d'allures bizarres, déséquilibré, paranoïaque, il s'intéressait beaucoup au spiritisme. Il était paresseux, ne travaillait pas et la malade devait subvenir aux besoins du ménage. Il était d'ailleurs réellement malade, et sans doute atteint de complications d'alcoolisme chronique. Depuis 6 ans, il était devenu complètement impotent et se montrait impuissant. Dans les derniers mois, il ne pouvait plus se mouvoir et restait confiné au lit.

La malade, qui, de l'avis de tout son entourage, était une femme de devoir, fut admirable de dévouement. Elle se surmenait physiquement. Malgré les ressources qu'elle apportait par son travail, elle n'arrivait plus à assumer les dépenses que lui occasionnait la maladie de son mari. Peu à peu, les économies disparaissaient. Elle voyait le moment où il ne lui serait plus possible de faire face à la situation, malgré toutes les restrictions personnelles. Ils habitèrent notamment un véritable taudis : « J'étais tous les jours, nous dit la malade, devant cette misère, ce n'était plus une vie. » Cette femme était obsédée depuis longtemps, et plus encore dans les dernières années, par le besoin d'affection et de satisfaction sexuelle, qu'elle n'avait jamais connues. La brutalité du mari, son insuffisance génitale, manifeste dès le début du mariage, son impuissance totale, avaient exaspéré cette obsession. La malade avait cependant des notions très strictes de son devoir de fidélité conjugale. « En tout, nous dit-elle, elle visait à la perfection. » A un moment, elle s'était sentie si vivement attirée vers un jeune homme, qu'elle rencontrait souvent dans son travail, qu'elle avait préféré quitter sa place plutôt que de succomber.

Une fois cependant, elle avait eu des relations avec un ami ; mais ce fut une passade de très courte durée. Elle en avait éprouvé ensuite une honte et un remords intolérables. « J'aurais au moins désiré, nous dit-elle, avoir un enfant ; j'aurais pu

aimer, m'attacher à quelqu'un. J'en étais arrivée à adorer mon chien. »

Nous devons noter encore que les pratiques de spiritisme du mari avaient, depuis longtemps, impressionné la malade. Il affirmait pouvoir diriger les gens à sa guise. Elle était arrivée à interpréter la fidélité et le dévouement dont elle faisait preuve à l'égard de cet homme, qu'elle n'aimait pas, comme une emprise personnelle. On peut se demander si elle n'aurait pas fini par ébaucher un délire d'influence. Sous des formes multiples, le mari était vraiment le type du « mari psychogène », selon l'expression de Mlle Pascal.

Survint la mort de l'homme, qui fut partiellement une surprise parce qu'apparue plus rapidement que ne l'avait cru la malade. Ce dénouement assez brusque d'une situation moralement et matériellement désespérée apporta à la malade un soulagement profond. « Tout le monde pleurait, dit-elle, j'étais honteuse de ne pouvoir pleurer et de ne pouvoir presque pas cacher ma joie. Je n'avais pas de peine, j'étais comme égarée. J'ai eu un grand contentement, un grand soulagement. »

C'était enfin la libération sous toutes ses formes ; libération de la misère, libération de l'influence du mari qu'elle avait fini par croire réelle, libération du devoir moral et conjugal. A 40 ans, elle pouvait espérer refaire sa vie et trouver enfin les satisfactions sentimentales et physiques qu'elle avait toujours désirées en vain. La réaction psychologique était inévitable, mais elle a dépassé la mesure. Le sens de cette réaction était électif et même parfaitement prévisible.

Les psychanalystes pourraient trouver, dans cette observation, de multiples interprétations favorables à leur thèse : on y constate, de façon évidente, le conflit affectif entre le moi et le surmoi, la lutte entre le désir et le devoir, la censure de la conscience morale. Nous devons, par contre, faire remarquer que le conflit était ici parfaitement conscient et clair, tant pour la malade que pour l'observateur et que la psychose est née, non pas du conflit, mais précisément de sa solution. Nous retiendrons plutôt cette conception quelque peu contradictoire des psychanalystes, qui voient, dans la manie, l'affranchissement du moi par rapport au surmoi ou leur coïncidence. Lagache rappelle cette intéressante comparaison de Freud : On peut rapprocher la situation du maniaque de celle de l'esclave romain, au temps des Saturnales, qui était libéré, pour un jour, du respect et de l'obéissance dues habituellement au Maître. Dans son article, Lagache interprète les accès maniaques ou mélancoliques qui

suivent le deuil comme un travail de libération par lequel le survivant s'affranchit des liens qui l'unissaient au mort ; « ce travail ne se fait pas ou se fait mal dans la mélancolie ; il s'accomplit d'une manière précipitée et excessive dans la manie. » On ne pourrait appliquer cette conception à notre malade parce que le travail de libération s'est fait d'une façon vraiment trop consciente et trop facile.

Nous retiendrons plutôt, de notre observation, quelques considérations d'une psychologie plus simple ; nous en trouvons d'ailleurs les éléments dans la discussion qui a suivi la communication de Tincl, sur la mélancolie survenant après les émotions joyeuses et où sont intervenus MM. René Charpentier, Courbon, Georges Dumas et Raoul Leroy (1).

Si l'on veut comprendre les liens qui unissent psychologiquement un traumatisme affectif et sa réaction mélancolique ou maniaque, il ne faut pas attribuer à l'émotion, envisagée isolément une importance causale et une tonalité qu'elle n'a peut-être pas. Il ne faut pas juger d'après le phénomène objectif, grossier, apparent, mais d'après l'appréciation intime que lui accorde le sujet.

L'émotion, apparente, a été ici la perte du mari. Les voisins, ignorant les luttes intérieures de la malade, ne voyant que son dévouement, pouvaient croire à un attachement profond et à une peine intense. Seuls, quelques parents savaient, et nous l'ont confirmé, l'âpreté du conflit et la détente éprouvée. En fait, l'intensité de ce choc en tant qu'émotion douloureuse fut minime. Il se réduisait à cette impression pénible qu'on éprouve toujours en présence de la mort et des circonstances qui l'accompagnent. Cette mort du mari était relativement prévue, vaguement espérée et la qualité agréable de l'émotion l'emportait sur la qualité douloureuse. Cette complexité de la tonalité affective des émotions est fréquente et échappe souvent à l'observateur. Courbon faisait remarquer qu'un concours, cependant couronné de succès, laisse dans certains esprits beaucoup plus le souvenir des affres qui l'ont accompagné que de l'heureux résultat qui le termine. La qualité douloureuse est si prédominante qu'elle peut empêcher le sujet de participer à d'autres concours.

Le deuxième point à souligner est qu'il faut tenir compte beaucoup moins de l'émotion que du stade affectif qui l'a précédée et qui l'a préparée. Selon l'état de cette disposition affective, une même émotion peut entraîner des réactions de sens très différent.

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 1931, tome II, p. 155.

Notre observation montre à l'évidence que dans la genèse de l'état maniaque, le facteur déterminant fut la misère matérielle et morale de la malade qui a précédé la mort du mari. Ce facteur avait acquis un tel dynamisme que la réaction, issue de la solution du conflit a dépassé la mesure. C'est cette préparation du terrain sur lequel va se produire l'émotion qui fixe le sens de la réaction. Les principales critiques des observations de M. Tinel portèrent sur ce point que le traumatisme affectif n'était pas pur dans la plupart des cas cités et qu'il aurait fallu faire intervenir l'état qui l'avait précédé. On a pu pendant la guerre, observer, avec une extrême fréquence, les faits suivants : Une émotion, même violente, ne déterminait généralement aucun effet psychopathique. Au bout d'un certain temps, chez le même sujet, une émotion minime provoquait un état dépressif très marqué. C'est qu'il y avait eu, dans l'intervalle, par la multiplication et la sommation des chocs, la préparation d'un terrain psychasthénique. Il y a enfin un troisième facteur à considérer si l'on veut expliquer le sens d'une réaction psychopathique émotionnelle. Il faut examiner les conséquences futures du fait émotionnel telles que les envisage le sujet. L'avenir compte autant et peut-être plus que le passé. C'est en raison des perspectives agréables, qu'autorisaient désormais la mort du mari, que notre malade a fait un état d'euphorie exagérée. En sens inverse, la joie du succès n'est rien pour un candidat scrupuleux, à côté des difficultés qu'il entrevoit dans sa carrière prochaine. René Charpentier faisait remarquer que « dans la rechute du mélancolique à l'annonce de la reprise prochaine de la vie normale, il ne s'agit pas tant de l'influence d'une émotion joyeuse que du sentiment d'incapacité et de la crainte de n'être pas suffisamment bien pour affronter ce que le malade considère comme au-dessus de ses forces et de ses possibilités ». Dans la mélancolie, le conflit affectif subsiste, dans la manie il est résolu.

En somme nous pensons que dans beaucoup de cas de manie ou de mélancolie réactionnelle, il est possible, par des moyens simples d'analyse psychologique, d'expliquer, sinon de prévoir, le sens de la réaction à un événement émotionnel, à condition de tenir compte de divers facteurs qui ont plus d'importance que l'aspect objectif de l'émotion elle-même. Le choc affectif n'apparaît plus dès lors comme une cause banale, indifférente dans la détermination de la forme psychopathique qu'elle déclenche ; mais comme une cause élective et parfaitement compréhensible, même si l'enchaînement des phénomènes donne l'apparence d'une discordance.

M. Paul COURBON. — Les très intéressantes discussions de Mme Bonnafous-Sérieux et Ey et de M. Xavier Abély et M. Lecomte suggèrent maintes réflexions dont je ne retiendrai que deux : celle du rapport entre la tonalité affective des émotions pathogènes et la tonalité affective du syndrome engendré, celle du rapport entre les conditions de la vie conjugale et l'éclosion des troubles mentaux.

1° Le parallélisme n'est pas obligatoire entre la tonalité affective d'une émotion et la tonalité affective du syndrome qu'elle engendre. L'émotion est par elle-même un simple ébranlement physique qui ne commande pas le sens de la chute qu'il produit. Des chagrins peuvent aussi bien aboutir à la folle gaîté d'une manie qu'au désespoir d'une mélancolie anxieuse. Des joies peuvent aussi bien se terminer par un accès mélancolique que par une exaltation maniaque. C'est faire de la fabulation normomorphique que de prétendre trouver dans les circonstances émotionnantes l'explication logique de l'état idéo-affectif du syndrome.

2° Si le veuvage, c'est-à-dire la cessation de la vie conjugale peut, comme les auteurs viennent de nous le prouver, engendrer des troubles mentaux, il en est de même de la nuptialité, c'est-à-dire de l'instauration de la vie conjugale, comme d'autres auteurs, dont moi-même, l'ont démontré.

Et dans la pathogénie de ces psychoses du veuvage et de la nuptialité interviennent souvent deux facteurs : le facteur biologique et le facteur sociologique.

Le facteur biologique est constitué par l'irruption ou par la suppression, suivant qu'il s'agit de nuptialité ou de veuvage, des sécrétions endocriniennes qui sont parties intégrantes de l'acte sexuel. Le facteur sociologique est constitué par l'ensemble des interractions psychologiques et des émotions nées de la communauté de vie des deux époux.

Ces deux facteurs biologique endocrinien et sociologique émotionnel interviennent sûrement dans l'éclosion des troubles mentaux de la nuptialité et du veuvage, quand les conjoints sont en période d'activité sexuelle, c'est-à-dire chez des époux réellement jeunes ou restés sexuellement jeunes, malgré leur âge.

Mais le facteur sociologique peut être le seul à intervenir dans l'éclosion des troubles mentaux. C'est le cas des psychoses de la nuptialité éclatant chez des individus qui, avant le mariage, pratiquaient l'acte sexuel avec d'autres partenaires et par conséquent subissaient déjà l'imprégnation endocrinienne. La mania-

que que j'ai présentée à la Société Clinique de Médecine Mentale de juillet 1929 avait contracté la blennorrhagie d'un amant et c'est la peur de la découverte de ce passé par le mari auquel elle se donnait comme vierge qui paraissait être l'unique cause à incriminer dans la genèse de sa manie.

Le facteur sociologique est également seul à intervenir dans la genèse des psychoses du veuvage quand toute l'activité sexuelle avait cessé depuis longtemps chez celui qui devient veuf. Il vient de mourir dans mon service de Sainte-Anne, un vieillard de près de 80 ans qui y avait été interné, il y a 20 ans, pour mélancolie anxieuse survenue à la mort de sa femme et qui, quoique guéri depuis nombre d'années, n'avait jamais voulu quitter l'asile, où il menait la vie laborieuse d'un infirmier exerçant par sa bonne humeur une heureuse psychothérapie sur les autres malades. Il suffisait de le menacer de lui rendre la liberté pour ramener l'anxiété. « Je n'ai jamais vécu seul, je ne peux plus me remarier à mon âge. Je préfère vivre en compagnie à l'asile, que de mourir de douleur dans la solitude, disait-il. »

En se basant sur de tels exemples, je crois que l'on peut conclure qu'il est des individus dont l'état mental habituel mériterait d'être qualifié de symbiotique. Ils ne peuvent conserver leur équilibre psychique que s'ils vivent avec un autre et ils le perdent dès qu'ils sont livrés à eux-mêmes.

Chez ces gens à mentalité symbiotique le facteur sexuel ne joue parfois aucun rôle. Tous les vieux ménages qui ont résisté aux pires assauts ne sont pas forcément formés de Philémon et de Baucis amoureux l'un de l'autre. Et tous les veufs remariés ne sont pas forcément infidèles au conjoint défunt.

La symbiose, phénomène bien connu en biologie, est un phénomène à connaître en sociologie.

M. Paul ABÉLY. — J'ai remarqué que le syndrome maniaque est beaucoup plus fréquent chez les femmes qui n'ont pas d'enfants que chez les mères. Cet argument pourrait être invoqué par les partisans de la thèse psychologique de ces manies de veuvage si les veuves n'ont pas été mères. L'insatisfaction d'une femme déçue de ne pas avoir eu d'enfants est compréhensible.

M. Henri CLAUDE. — Les facteurs biologiques et émotionnels s'intriquent dans la genèse des troubles mentaux survenant chez des veufs. Mais on peut distinguer les cas en deux groupes différents, suivant la date d'apparition des troubles.

Les troubles mentaux qui éclatent immédiatement après la mort du conjoint sont dus essentiellement à l'émotion. Ceux qui

ne surviennent qu'à la longue peuvent être en rapport avec la carence sexuelle.

Point n'est besoin de recourir à des interprétations psychanalytiques compliquées pour expliquer la tonalité affective du syndrome. Celle-ci est commandée non par l'émotion, mais par les tendances du sujet au moment où survient cette émotion. Et ces tendances sont elles-mêmes la résultante des multiples conditions de son passé.

L'observation des circonstances de la vie quotidienne montre que des gens nullement malades n'éprouvent pas, dans une circonstance de deuil le sentiment de tristesse qui conviendrait. Certaines personnes ont envie de rire dans un enterrement. Et cette envie elles ne l'ont pas toujours à tous les enterrements. Elles ne l'ont qu'à certains moments de leur vie.

Ces phénomènes de contraste, comme aussi l'intensité de l'émotivité sont d'autant plus marqués que le sujet est plus névrosique. Plusieurs de mes collaborateurs se rappellent cette veuve qui fit un long séjour à la Clinique. Elle avait hanté le cimetière où était enterré son mari et avait fini par devenir amoureuse du gardien.

La clinique et l'observation nous montrent que l'état affectif se modifie avec le cours de la vie qui ajoute d'autres facteurs à celui du veuvage. L'alcoolisme par exemple a aussi parfois un rôle étiologique considérable.

M. MINKOWSKI. — Les deux communications que nous venons d'entendre touchent à deux questions importantes : la façon dont le choc émotionnel intervient dans la pathogénie des troubles mentaux et la similitude de la tonalité affective du choc et du trouble consécutif. Pour ce qui est de ce dernier point, il faut se demander si le principe admis communément qu'un choc douloureux doit mener de préférence à un état de dépression mélancolique et un choc joyeux à un état d'excitation maniaque, ne repose pas sur une rationalisation excessive des phénomènes qui entrent ici en jeu. Il a été fait allusion à une discussion qui a eu lieu à l'une des séances antérieures de notre société et au cours de laquelle l'opinion a été émise que ce qui importe pour l'action pathogène du choc émotionnel ce n'est pas tant sa tonalité affective que le bouleversement qu'il provoque dans la marche de la vie psychique, en déclanchant et en libérant, comme vient de le dire encore si bien M. Claude, une multitude de facteurs qui n'arrivent plus à s'intégrer à cette marche. Du reste, le fait que le choc émotionnel, joyeux ou douloureux,

n'aboutit pas toujours nécessairement à des manifestations psychopathiques de la série maniaco-dépressive, mais peut fort bien se trouver en connexion avec d'autres troubles mentaux, de la série discordante par exemple, plaide également en faveur de cette opinion. Mais si pour le choc émotionnel, la tonalité affective n'est pas ce qu'il y a d'essentiel en lui, il paraît en être de même pour les états d'excitation maniaque ou de dépression mélancolique. Lorsqu'ils ont dépassé le caractère de réactions plus ou moins exagérées et ont pris la forme d'états cliniques bien constitués, ils reposent, les uns et les autres, en dépit de leur dissemblance apparente, sur une structure commune, comme nous avons essayé de le montrer. Aucune difficulté dès lors, pour admettre qu'un choc émotionnel pénible puisse intervenir dans la pathogénie aussi bien d'états de dépression mélancolique que d'excitation maniaque ; de même du reste qu'un choc à signe positif. De ce point de vue nous serions portés à attribuer moins d'importance que ne l'ont fait les auteurs, aux facteurs affectifs, et encore moins aux interprétations psychanalytiques qui, dans le domaine des phénomènes psychotiques semblent passer à côté de la vraie nature et de la réelle structure de ces phénomènes ; nous nous attarderions, par contre, volontiers, sans négliger évidemment le rôle des facteurs affectifs, aux particularités constitutionnelles et caractérielles du sujet.

M. P. COURBON. — Le cas de la veuve du professeur Claude qui devient amoureuse du gardien du cimetière où elle pleurait son mari rappelle celui de la matrone d'Ephèse que conte La Fontaine d'après Apulée. Enfermée volontairement dans le tombeau de son mari pour y mourir de chagrin, elle se laisse si bien consoler par un soldat qui, près de là, gardait le cadavre d'un supplicié, que ce cadavre est volé sans qu'ils s'en aperçoivent. Constatant enfin cette disparition, ils pendent au gibet vide le corps de l'époux mort pour sauver du châtement l'amant vivant.

M. CH. BLONDEL. — Maupassant a traité le même sujet dans un conte.

M. FILLASSIER. — J'ai avec Juquelier, dans le service de Magnan, fait une enquête sur la vie conjugale de 1.000 aliénés parisiens, enquête dont nous avons publié les premiers résultats dans les *Annales médico-psychologiques* de 1913 et que la guerre ne nous a pas permis de publier en entier. Je me souviens que nous avons constaté que les maris étaient fréquemment atteints de troubles mentaux dès le début du mariage et que la paralysie générale y était fréquente.

Tumeur sous-frontale bilatérale à symptomatologie affective.
État psychologique normal après ablation de la tumeur et des deux pôles frontaux, par MM. H. BARUK, M. DAVID et H. ASKÉNASY.

Les auteurs rapportent l'observation psychologique détaillée d'une malade atteinte d'un volumineux méningiome olfactif bilatéral, chez laquelle l'ablation totale de la tumeur avait nécessité la résection des deux pôles frontaux.

Cette malade, dont l'observation neuro-chirurgicale a déjà été publiée, a été examinée au point de vue mental, très en détail, par l'un des auteurs, plus de deux ans après l'intervention. Malgré l'ablation des deux pôles frontaux, l'état psychique demeure satisfaisant. Le comportement est tout à fait normal. On note seulement une certaine hypoesthésie affective, qui existait d'ailleurs avant l'intervention. Les fonctions intellectuelles apparaissent rigoureusement normales. — Outre la symptomatologie exclusivement affective réalisée dans le domaine mental par cette néoformation, l'absence d'action sur le psychisme de l'ablation des deux pôles frontaux, mérite d'être soulignée. Il convient de noter cependant que cette ablation est demeurée partielle. La résection a porté sur la partie antérieure de F_1 et de F_2 selon une largeur de 3 à 5 cm. et sur une profondeur de 2 à 3 cm. F_3 et F_4 ont été totalement respectées.

M. Henri CLAUDE. — Ce cas est très intéressant, il a la valeur d'une expérience. Aussi serait-il très intéressant de fournir le plus de précision possible sur l'étendue de l'excision, d'indiquer la quantité restante des aires de Brodman. Cela permettrait de contrôler l'existence des centres d'incitation à la pensée et à l'action.

M. BRISOT. — La tolérance des lobes frontaux est extraordinaire. Je me rappelle l'autopsie d'un malade de Ville-Evrard que j'ai publiée il y a 31 ans dans les *Annales médico-psychologiques*. Depuis 40 ans il était hémiplégié à la suite d'une tentative de suicide lors du décès de sa femme. Il n'avait aucun affaiblissement intellectuel et les trois balles de revolver étaient restées dans son lobe frontal dont les deux tiers étaient détruits.

M. M. BARUK. — On trouvera tous les détails dans un prochain article.

Injectons intra-rachidiennes de vitamine B₁ dans la psychopolynévrite de Korsakow, par MM. E. MARTIMOR et Paul NEVEU.

Depuis quelques années, de nombreux auteurs ont particulièrement insisté sur l'élément carenciel dans la pathogénie des polynévrites alcooliques ; l'observation clinique et l'expérimentation ont conduit à assimiler la polynévrite alcoolique aux troubles névritiques du béri-béri. Ces troubles sont en rapport avec une carence en vitamine B₁ ou aneurine qui a pu être isolée du germe et de la cuticule des graines de céréales et de légumineuses. Il était donc indiqué de traiter la carence en vitamine B₁ de la polynévrite alcoolique par l'administration de ce corps actuellement isolé et titré en unités internationales.

L'expérimentation biologique tend à montrer que la vitamine B₁ intervient dans le métabolisme du glucose au niveau de la cellule nerveuse ; elle y jouerait le rôle de « biocatalyseur » d'oxydation des lactates dérivés du glucose ; on obtiendrait alors des pyruvates à partir desquels on aboutirait à la formation d'acide glutamique par décarboxylation. En somme, la vitamine B₁ serait un élément indispensable au métabolisme des hydrates de carbone dans la cellule nerveuse. De plus, sa carence augmente la sensibilité du système nerveux aux toxiques.

L'expérimentation thérapeutique a montré l'importance du facteur avitaminosique dans l'étiologie de la polynévrite alcoolique. Nous n'avons pas à reprendre l'exposé de cette question qui a été fait récemment dans la remarquable thèse de H. Pierre Klotz (1).

En ce qui concerne l'application de ces notions à la thérapeutique, nous rappellerons que le traitement des polynévrites éthyliques par la vitamine B₁ est devenu, tout au moins à l'étranger, une méthode courante que beaucoup semblent préférer à la strychninothérapie. On a pu employer la voie buccale, mais l'existence presque constante d'altérations de la muqueuse gastrique gêne ou même empêche complètement l'absorption de la vitamine. Cette carence d'absorption, établie par des preuves cliniques, anatomiques et expérimentales explique d'ailleurs l'apparition d'une avitaminose dans l'alcoolisme chronique malgré un régime non carencé. C'est pourquoi l'on tend à utiliser

(1) H. Pierre Klotz : La polynévrite alcoolique. *Thèse*, Paris, 1937.

de préférence la voie parentérale sous-cutanée ou endoveineuse. Mais l'on est en droit de supposer que la vitamine ainsi introduite dans l'organisme peut être détruite, au moins partiellement au niveau du foie ou utilisée dans le métabolisme du glucose de tout l'organisme, et il semble rationnel d'introduire la médication au contact même des centres nerveux et de l'origine des racines rachidiennes, dans le liquide céphalo-rachidien afin d'obtenir une action élective. C'est ce qui nous a déterminé à reprendre l'utilisation de la voie intra-rachidienne selon une technique déjà employée en Suisse par A. Friedmann (1) dans deux cas de psychose polynévritique de Korsakow.

Dans ces deux cas, les malades présentaient une paralysie complète accompagnée de confabulation datant, l'une de plus d'un an, l'autre de trois ans. Traités sans amélioration par la vitamine B¹ par voie parentérale pendant plus d'un mois, ils ont été soumis à des injections épidurales de 500 unités une fois par semaine, puis endolombaires toutes les trois semaines. Au bout de quatre mois, les malades étaient capables de travailler et de marcher ; ils n'étaient plus désorientés. L'auteur a noté quelques accidents immédiats, vomissements, malaises, céphalées, sans aucune gravité.

Nous avons obtenu des résultats moins nets, mais intéressants dans deux cas de psycho-polynévrites de Korsakow d'origine éthylique dont voici les observations :

OBSERVATION I. — M... Joseph, âgé de 59 ans, cantonnier en retraite, entre au Service spécial le 24 novembre 1937 venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec le certificat suivant : « Atteint d'alcoolisme chronique évoluant sur un terrain syphilité. Confusion mentale : sa femme serait morte il y a un mois, croit que ce doit être le 8 juin ; aujourd'hui nous serions le 20 août. Ne sait pas où il est ni pourquoi. Errance morbide. Se serait retrouvé à Cochon qui l'aurait adressé à Henri-Rousselle. Conscience partielle et pénible de ses troubles mentaux.

Sang positif. Liquide céphalo-rachidien négatif, sauf leucocytes : 4. Benjoin : 00000.22222.20000.

Le 15 novembre, le Dr X. Abély constate à l'Admission : « ...confusion mentale avec désorientation, amnésie des faits récents, récits oniriques, phase dépressive, obtusion ; légère dysarthrie, difficulté de la marche, possibilité d'affaiblissement psychique sous-jacent, alcoolisme certain, spécificité ancienne ».

A son entrée dans le service, nous trouvons un malade trémulant,

(1) A. FRIEDMANN : Epidurale und endolumbalen Anwendung des Vitamin B, *Arch. suisses de Neurol. et de Psychiat.*, suppl. 1937.

au faciès congestif et rubicond. L'examen montre : un état de confusion avec désorientation complète accompagnée d'une fabulation considérable ; un afflux peu cohérent de souvenirs anciens mêlés de récits d'épisodes oniriques récents au cours desquels il croit s'être pendu après avoir fait subir le même sort à de nombreuses personnes de son entourage. Ancien colonial, il nous raconte avec force détails plus ou moins exacts mais vraisemblables ses campagnes de Chine et d'Algérie.

L'examen physique montre de gros troubles de la marche qui est titubante, l'équilibration est défectueuse, la station debout incertaine. Le malade présente un tremblement généralisé important à prédominance digitale et linguale ; les réflexes rotuliens sont faibles, irréguliers, inégaux ; les réflexes achilléens sont abolis des deux côtés ; les pupilles sont contractées mais égales et réagissant à la lumière. Etat subfébrile, pouls rapide ; tension artérielle : 19-9.

Au bout de quelques jours, le tableau clinique se modifie, la confusion s'atténue, et le malade présente un syndrome de Korsakow typique : désorientation ; perte des souvenirs récents ; fabulation compensatrice ; conservation des souvenirs anciens : il sait son adresse, la date de sa naissance ; amnésie de fixation ; conviction post-onirique facilement rectifiée. L'examen physique montre alors une abolition complète des réflexes tendineux des membres inférieurs ; aux membres supérieurs ils existent ; la force de flexion des mains est notablement diminuée : main D. : 12 ; main G. : 13.

La marche est presque impossible, le malade doit rester alité.

Les examens de laboratoire montrent :

Sang : Bordet-Wassermann négatif, Meinicke : +, Kahn : +++.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,35 ; leucocytes : 6,4 ; Pandey : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Benjoin : 00000.22221.00000 ; Bordet-Wassermann : négatif ; Meinicke : négatif.

Urines : albumine : 0 ; sucre : 0.

Traitement : ce malade a reçu, une fois par semaine, une injection intra-rachidienne de vitamine B₁ à la dose de 500 unités pour la première, de 1.000 unités pour les suivantes, à l'exclusion de toute autre thérapeutique.

Le 14 décembre, une semaine après la première injection, apparaît une régression des troubles moteurs : le malade peut marcher, mais il lance en avant les membres inférieurs. Persistance de l'aréflexie. L'état mental est peu modifié ; le malade paraît moins désorienté, mais il est facile de déclencher la fabulation ; l'amnésie de fixation persiste.

Un mois après, le malade ayant reçu quatre injections, la marche est très améliorée, encore un peu hésitante, mais sans trace de stepage. Le malade reste levé. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis. Au membre supérieur, la force de flexion des mains est augmentée notablement : main D. : 26, main G. : 26. Le tremblement digital et

lingual persiste ; le malade se plaint de paresthésies, sensations de fourmillements dans les mains et les jambes.

L'état mental n'est pas modifié : la désorientation est toujours très marquée ; l'amnésie de fixation est telle que le malade ne peut lire un journal sans avoir l'impression pénible d'arriver à la fin d'une phrase dont il a oublié le commencement. Parfois il a encore des rêves de thème professionnel et qui ne sont pas amnésiques.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre : albumine : 0,30 ; leucoeytose : 1,6. Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0 ; Benjoin : 00000.22222. 10000. Bordet-Wassermann négatif ; Meinicke négatif.

Après un traitement régulier de deux mois et demi, le malade ayant reçu onze injections endolombaires présente peu de modification dans son état physique. L'état fonctionnel est amélioré : la marche est normale. La force de flexion des mains est revenue à : main D. : 26 ; main G. : 29. Le tremblement persiste ainsi que l'abolition des réflexes tendineux. L'état mental ne s'est pas amélioré, la confusion est plus ou moins marquée selon les examens, elle est accompagnée d'amnésie de fixation ; le malade fabule mais avec peu d'assurance ; il est moins suggestible. L'orientation est meilleure mais reste encore bien approximative.

OBSERVATION II. — T... Médéric, âgé de 50 ans, concierge, envoyé à l'Infirmierie du Dépôt sur la demande de ses locataires pour un état confusionnel avec appoint alcoolique.

A l'entrée au service spécial, c'est un malade émacié, dont l'état général paraît très atteint ; il est euphorique, complètement désorienté ; il présente une telle amnésie de fixation qu'il répète : « j'ai oublié de vous dire que j'ai été opéré de l'estomac », ne se souvenant pas qu'il vient de nous en faire part à plusieurs reprises. La mémoire des souvenirs anciens est conservée. La fabulation compensatrice est pauvre.

L'examen physique montre une amyotrophie considérable des membres et des intercostaux. Aux membres supérieurs les réflexes tendineux sont faibles ; la force de flexion des mains est presque nulle. Aux membres inférieurs les réflexes achilléens et rotuliens sont abolis ; la pression des masses musculaires est très douloureuse. On constate un œdème, mou, prenant le godet, remontant jusqu'au genou. La marche et la station debout sont impossibles.

L'abdomen présente une ascite modérée, accompagnée d'un léger météorisme. Le foie est petit, rétracté, un peu douloureux. Le cœur est normal. Le sommet pulmonaire droit est suspect.

Les examens de laboratoire montrent :

Sang : réactions sérologiques (Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn) négatives.

Urée : 0,30. Urine : albumine : 0 ; sucre : 0.

D'après les renseignements recueillis, des excès de boisson (vin,

apéritifs) importants et prolongés ont précédé l'apparition des troubles. Dans les antécédents nous relevons un ulcère gastrique traité chirurgicalement.

Traitement : une fois par semaine une injection intra-rachidienne de vitamine B₁, à la dose de 1.000 unités.

Un mois après le commencement du traitement nous avons noté une amélioration de l'état physique. Les œdèmes et l'ascite ont disparu. Le malade a pu commencer à faire quelques pas avec un steppage considérable qui s'est peu à peu atténué. La force de flexion des mains est augmentée : main D. : 15, main G. : 18.

Aux membres supérieurs tous les réflexes, à l'exception du tricipital gauche qui est très faible, ont présenté, peu de temps après l'entrée, une abolition complète.

L'état mental ne s'est pas amélioré. Le malade est toujours désorienté, il vient d'arriver, il arrive du front où il a été blessé. La fabulation persiste avec des fausses reconnaissances. Il est habituellement euphorique malgré une vague conscience de l'affaiblissement de sa mémoire.

Après deux mois et demi de traitement, le malade a reçu onze injections. Il présente une certaine amélioration de la marche avec persistance du steppage. La force de flexion des mains est augmentée : main D. : 19, main G. : 20. L'atrophie des muscles des membres est toujours marquée, mais l'amyotrophie des intercostaux a rétro-cédé. Les réflexes rotuliens, achilléens et médio-plantaires sont abolis ; on note de l'hyperalgésie musculaire. Aux membres supérieurs les réflexes tricipitaux sont réapparus, les réflexes anti-brachiaux sont faibles.

L'état mental est peu modifié, les variations de l'humeur sont fréquentes : la joie succède à la tristesse et au chagrin éprouvé à l'évocation de deuils anciens que le malade croit récents ; la désorientation est complète. La déficience de la mémoire de fixation est compensée par une fabulation incessante.

Dans ces deux cas de syndrome de Korsakow, nous avons constaté une amélioration certaine de l'état physique. Cette amélioration paraît avoir été plus rapide que dans les cas que nous avons traités par l'injection parentérale de vitamine B₁. Mais cette amélioration n'a porté que sur les fonctions motrices. La marche est redevenue normale dans un cas, dans l'autre, elle est devenue possible, malgré une amyotrophie considérable. Mais, d'autre part, il est intéressant de noter que les réflexes sont restés abolis, abolition qui est sans rapport avec l'utilisation fonctionnelle des membres atteints. L'état mental a été fort peu modifié au cours de ce traitement, les malades présentent toujours le syndrome mental de la psychose de Korsakow. Il n'en

était pas de même dans les deux cas publiés par A. Friedmann, où l'état psychique était redevenu normal, mais après un traitement prolongé pendant quatre mois. L'action sur l'état mental nous a paru également peu marquée dans trois cas de délire secondaire alcoolique que nous avons traités par les injections intra-rachidiennes et sous-cutanées de vitamine B¹ ; nous avons constaté cependant une certaine diminution de l'anxiété, peut-être une atténuation des phénomènes hallucinatoires, au moins dans deux cas. Il nous a paru qu'il faudrait envisager l'application prolongée du traitement avant d'obtenir un résultat probant.

La technique employée est celle de la ponction lombaire habituelle, suivie de l'injection lente de vitamine B¹ à la dose de 1.000 unités internationales. Nous n'insisterons pas sur l'avantage d'employer des aiguilles d'un faible calibre en raison de la répétition des injections. Nous n'avons jamais constaté d'incident ; nos malades n'ont jamais présenté de malaises ; parfois s'est manifestée une céphalée peu intense, comme l'on peut en voir après toute ponction lombaire.

De ces deux observations, il ressort que la voie intra-rachidienne, pour l'introduction du facteur anti-névritique B¹ dans l'organisme, permet une amélioration sensiblement plus rapide que par les autres voies ; mais cette amélioration ne porte que sur l'état physique, l'état mental ne serait modifié que par un traitement prolongé où la voie parentérale et l'association d'autres moyens thérapeutiques seraient peut-être préférables.

La séance est levée à 18 heures 15.

Les Secrétaires des séances,
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 Février 1938

Présidence : M. BOURGUIGNON, président

Poliomyélite antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire en extension par atrophie du fléchisseur du gros orteil, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT.

La constatation d'un signe de Babinski est assez fréquente au cours de la poliomyélite ; dans la majorité des cas ce symptôme témoigne d'une atteinte pyramidale ; parfois cependant l'extension de l'orteil traduit seulement un déséquilibre mécanique dans le couple extension-fléchisseur du gros orteil. Cette explication ne doit être acceptée que si l'examen électrique a permis de vérifier l'inégalité de l'atteinte paralytique des muscles, comme dans l'observation rapportée par les auteurs.

Discussion. — M. Bourguignon insiste sur l'importance de la chronaxie pour diagnostiquer l'origine périphérique ou centrale du signe de Babinski.

M. Barré rappelle qu'il a insisté à plusieurs reprises sur la fréquence des signes pyramidaux, soit au début, soit à la période de régression de la poliomyélite.

M. Lhermitte considère que les lésions de la poliomyélite sont diffuses et que même les cellules de Betz sont assez fréquemment touchées.

Hémialgie secondairement bilatéralisée par vascularite-bulbaire probable, par M. FAURE-BEAULIEU.

L'auteur présente un homme de 57 ans, qui a été frappé, il y a 3 ans, d'un ictus sans perte de connaissance, suivi immédiatement d'une douleur tenace à tonalité causalgique, étendue d'emblée à la moitié gauche du corps, puis

au bout de six mois à l'autre moitié. L'examen neurologique ne montre aucun trouble moteur, réflexe, sensitif, objectif ni sympathique, à part une asymétrie de l'oscillogramme des bras.

On est donc en présence d'une algie centrale pure par lésion vasculaire, que l'on aurait été en droit, lors de la phase hémialgique, de rapporter au thalamus, et de faire rentrer dans le cadre du syndrome thalamique à forme hémialgique de Lhermitte.

La diffusion secondaire des douleurs trouve une explication satisfaisante dans une lésion plus bas située du faisceau spino-thalamique, en conformité avec les faits décrits par J. de Ajuriaguerra. En l'absence de signes actuels de localisation bulbaire, ce cas semble rentrer dans le « syndrome bulbaire sensitif mineur » décrit par Knud Winther.

Paraplégie par ramollissement aigu uni-segmentaire de la moelle survenue au cours de la grossesse. Etude anatomo-clinique, par MM. J.-A. BARRÉ et COSINO D'ANDRADE (de Strasbourg).

Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées et oculaires chez un malade atteint de sclérose en plaques, par M. J. DEREUX.

M. Dereux, en rapportant cette observation, fait remarquer que, s'il n'est pas rare d'observer des malades âgés présentant un syndrome myoclonique typique, il est exceptionnel de constater l'existence de ce syndrome chez des malades jeunes. Chez ces derniers, ce sont des facteurs infectieux (encéphalite, encéphalo-myélite, sclérose en plaques) qu'il faut invoquer dans l'étiologie du syndrome.

Des accidents nerveux rares de la transfusion sanguine, par MM. J. LHERMITTE, MOUZON et SUSIC.

Chez un homme atteint d'ulcère gastrique et sujet à de graves hématomés, une transfusion est pratiquée. A peine celle-ci est-elle achevée que le patient se montre en proie à une excitation psychomotrice intense, laquelle dure pendant 14 jours. Au 9^e jour, et le lendemain d'une ponction lombaire ayant ramené un liquide normal, le malade présente une hémiparésie gauche complète accompagnée d'un double signe de Babinski.

Sept ans après cet épisode, la paralysie demeure complète et se double de crises convulsives jacksoniennes gauches précédées par une aura visuelle hémianopsique droite au cours de laquelle apparaît une bande verticale diapnée des couleurs dégradées du spectre, ce qui permet de situer dans la région de l'aire striée le foyer initial d'excitation corticale.

La myélite zostérienne, par MM. J. LHERMITTE et DE AJURIAGUERRA.

Chez une malade atteinte de zona du 4^e métamère dorsal et ayant succombé à la 6^e semaine après l'éruption, les auteurs ont constaté des lésions inflammatoires portant à la fois sur les ganglions rachidiens, les racines postérieures et la moelle.

Dans la moelle, les altérations consistent en hypergénèse névroglique,

infiltration lymphocytaire parfois massive autour des vaisseaux, vaso-dilatation, modifications profondes des cellules nerveuses, tant de la corne postérieure que de la corne antérieure. Ces modifications s'étendent bien au delà du métamère atteint et parviennent jusqu'au deuxième segment cervical. Il faut ajouter que si l'hémi-moelle correspondant à l'éruption est très atteinte, le secteur opposé n'est pas complètement ménagé.

Ramollissement médullaire au-dessus d'une compression extra-durale métastatique entravant la circulation des artères radiculaires (Du rôle des troubles vasculaires surajoutés dans l'expression évolutive aiguë de certaines compressions métastatiques et dans l'interprétation des signes dits sus-lésionnels), par MM. Th. ALAJOUANINE, Th. LORNET, M. ULLMANN et J. DELOBRE.

Les auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'une compression extra-durale (métastase d'un néoplasme gastrique) qui, après une phase de douleurs radiculaires en D7, s'extériorise par une paraplégie brusque et flasque avec troubles sensitifs objectifs remontant jusqu'à D5 ; à l'examen anatomique, la tumeur qui remontait jusqu'à D7 était accompagnée d'un ramollissement de la moelle sus-jacente en D6 et D5 et l'on notait la compression dans la masse tumorale des artères radiculaires correspondant à ces deux segments. Les auteurs insistent sur cette coexistence de tumeur et de ramollissement de la moelle et sur le décalage des deux lésions expliqué par le trajet ascendant des artères radiculaires comprimées. Ceci expliquerait aussi l'anesthésie débordant de deux segments médullaires le niveau de la compression ; d'autre part, c'est à la lésion vasculaire qu'il faut attribuer l'évolution aiguë du syndrome clinique, qui se comporte comme une forme métastatique aiguë de compression de la moelle.

Etude anatomo-clinique sur une lésion ancienne du noyau rouge,
par MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et M^{lle} Jacqueline GUILLAIN.

Les auteurs rapportent un cas anatomo-clinique de lésion ancienne du noyau rouge qui doit être rapproché d'un des premiers cas connus d'une lésion similaire décrite en 1903 par Pierre Marie et G. Guillain.

Comme dans ce dernier cas, il s'agissait au point de vue clinique d'un syndrome d'hémiplégie infantile avec hypertonie et mouvements involontaires du côté gauche du corps. L'examen anatomique montre une lésion haute du noyau rouge droit portant sur les noyaux central et dorso-médian. Les auteurs étudient les dégénérescences qui furent les conséquences de cette lésion rubrique de l'enfance. Ils ont observé la dégénérescence rétrograde du pédoncule cérébelleux supérieur gauche, la sclérose du noyau dentelé gauche, la dégénérescence du faisceau central de la calotte droit et la sclérose de l'olive bulbaire droite. Dans un tel cas, la sclérose de l'olive homolatérale et du noyau dentelé opposé relèvent des dégénérescences directe et rétrograde des contingents rubro-olivaire et dento-rubrique.

Un ramollissement cérébelleux tardif dans le territoire de l'artère cérébelleuse inféro-postérieure gauche a pu être favorisé par les troubles trophiques créés par l'ancienne lésion rubrique, dont les conséquences s'avèrent ainsi multiples dans le névraxe.

Mesure numérique du réflexe photo-moteur dans la paralysie générale,
par MM. NAYRAC et FRANCHOMME.

Les auteurs ont mesuré (avec l'appareil par eux décrit naguère) le réflexe photomoteur dans la paralysie générale. Au lieu du réflexe normal de 80, on observe dans 1/3 des cas un réflexe nul, dans 1/3 un réflexe de 20, dans 1/3 un réflexe de 40. Les auteurs soulignent l'intérêt diagnostique des simples diminutions, moindre naturellement que celui de l'abolition.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 29 Janvier 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Les réactions hystéro-mentales et le problème de leur réalité biologique,
par M. R. NYSSSEN (Discours présidentiel).

Les progrès incessants de nos connaissances et de la technique en neurophysiologie nous permettent d'affronter dès à présent le problème si délicat de la pathogénie des manifestations hystéro-mentales. Les modifications respiratoires et circulatoires qui accompagnent les processus affectifs, les changements de la résistance électrique et de la température de la peau, les nombreuses modifications sécrétoires et humorales, les variations de potentiel électrique des muscles et des neurones corticaux, sont autant d'éléments précieux dont l'existence est ignorée du sujet et sur lesquels sa volonté n'a aucune action directe. Ils peuvent dès lors constituer des éléments de contrôle susceptibles de nous fournir des renseignements très utiles et même des critères objectifs sur la réalité des perturbations affectives, sur celle des troubles graves de l'initiative et de la réactivité motrice, sur celle du sommeil léthargique et sur celle aussi des troubles de l'attention, de la compréhension, de l'association des idées, dans l'amnésie. Nul doute que les résultats positifs éventuels chez les hystériques devront être confrontés rigoureusement avec ceux que des conditions expérimentales absolument identiques permettent d'obtenir dans les réactions provoquées volontairement chez les normaux, ou provoquées par la suggestion et l'hypnose d'une part, et avec ceux que des états et des réactions pathologiques avérés permettront d'enregistrer d'autre part.

Les résultats obtenus jusqu'à présent par l'étude physiologique des réactions hystéro-somatiques, les résultats aussi des études expérimentales de l'hypnose, qui permet de provoquer des modifications fonctionnelles à coefficient physiologique authentique, nous laissent entrevoir que l'étude psychophysiologique des réactions mentales de l'hystérie sera des plus délicates et pleine d'embûches. L'étude comparée des réactions hystéro-mentales spontanées et de celles provoquées par la suggestion renforcée ou non par l'hypnose, nous mènera vraisemblablement à distinguer la réalité biologique de l'authenticité pathologique proprement dite.

Enfin, il est quasi certain que parmi les réactions hystéro-mentales il y en aura qui se révéleront comme des réalisations mythiques dépourvues de toute réaction physiologique. Leur irréalité plus ou moins consciente ou inconsciente pourra nous conduire d'une part aux confins de la simulation, tandis que l'authenticité pathologique d'autres manifestations hystéro-mentales indiscutables, nous conduira peut-être au delà des perturbations mentales pithiatiques, aux abords des psychoses les plus caractérisées.

Nous devons reconnaître que nous savons très peu de choses sur la nature de l'hystérie, sur son mécanisme intime, et que nous ne savons guère plus sur ses réactions. Cela tient au fait qu'on a beaucoup trop discuté, qu'on a moins observé, et qu'on a surtout fait trop peu de recherches. Il importe donc de travailler fermement, courageusement, non pas dans le but d'étayer une thèse ou de défendre une doctrine, mais dans le seul but de chercher la vérité.

De l'inspection des services ouverts par les Pouvoirs publics (à propos d'une descente de parquet), par M. J. TITECA.

L'auteur relate les péripéties de l'invasion massive d'un Institut psychiatrique, par un juge d'instruction, trois substituts du procureur du Roi et une dizaine de policiers, qui pendant toute une matinée bloquèrent les issues et les téléphones pour se répandre dans les salles, et les chambres particulières, réveillant certains malades encore endormis, empêchant le personnel de circuler et paralysant ainsi, sous prétexte d'enquête, les services médicaux et administratifs d'une clinique de deux cents malades. Ce n'est pas la première fois que des faits semblables se produisent ; ils ont toujours eu pour origine des lettres anonymes ou des plaintes de psychopathes, dont une simple enquête faite par un médecin-inspecteur aurait immédiatement démontré l'innanité.

Ces descentes judiciaires n'ont jamais eu d'autre résultat que de faire un tort considérable aux malades en traitement. Jamais elles n'ont démontré aucune irrégularité grave, jamais elles n'ont été suivies de la moindre inculpation.

Ces mœurs policières qui sont peut-être nécessaires dans les quartiers louches environnant les gares, sont inqualifiables lorsqu'il s'agit de cliniques médicales. L'auteur demande à la Société d'émettre un vœu protestant contre ces agissements et réclamant l'inspection officielle et régulière des pavillons libres par des médecins experts délégués par les Pouvoirs publics. Ce vœu est adopté et transmis au Ministre. Un Comité de Défense est constitué.

J. LEX,

Société Belge de Neurologie

Séance du 29 Janvier 1938

Présidence : M. VERSTRAETEN, président

Hémorragie cérébrale évoluant comme un hématome, par M. MASSION-VERNIORY.

Un sujet de 42 ans, sans antécédents pathologiques, voit à l'occasion d'une infection grippale, s'installer en plusieurs fois une hémiplégie gauche avec participation de la face. Il ressent de violentes céphalées, présente des vomissements, du stertor et de la stupeur, mais pas de coma véritable, pas d'hyperthermie. Il existe une hémianopsie gauche, une hémianesthésie gauche dissociée, avec curieux phénomènes d'alloesthésie et d'anosognosie pour le côté malade. Le diagnostic d'hémorragie cérébrale, que la ponction lombaire et la ventriculographie permettaient d'envisager fut confirmé par l'intervention. L'évacuation d'un hématome intracérébral, situé sous la frontale ascendante, fut suivie de guérison. L'auteur discute la pathogénie de l'hémorragie cérébrale, et croit qu'il s'agit, dans son cas, d'une hémorragie veineuse par rupture.

Le problème des localisations et des ataxies corticales. Quelques suggestions en guise de conclusion à des recherches anatomo-expérimentales sur les connexions cérébello-cérébrales, par M. A. GEREBTZOFF.

Les recherches histologiques de l'auteur chez le chat et le lapin démontrent que les fibres cérébello-corticales se terminent dans l'aire pariétale 5. Ces voies ne passent pas par les noyaux gris centraux, et sont croisées. L'auteur compare ses résultats avec ceux de la littérature et avec les faits cliniques et physiologiques de synergie cérébello-corticale croisée.

Dimensions comparées des divers éléments cytologiques de l'écorce cérébrale,

par M. A. DEWULF.

Il est indispensable, pour se faire une idée exacte de la structure générale de l'écorce, d'avoir des notions sur la grandeur comparée des diverses espèces de cellules qu'on y rencontre. Les classiques ne donnent cependant à ce sujet que des renseignements assez fragmentaires. C'est ce qui a incité l'auteur à étudier une série de coupes de la même région (corne d'Ammon) au même diamètre, par des méthodes mettant en évidence les cellules (Nissl,

Cox), les vaisseaux (injections), les cylindraxes (Golgi), la microglie normale, l'astroglie normale, la microglie hypertrophique et l'astroglie hypertrophique.

Traitement des paralysies diphtériques par l'éthérisation,
par M. P. HENNEBERT.

L'auteur rappelle les résultats obtenus par Dufour dans le tétanos, à la suite de la narcose, et les résultats obtenus dans les paralysies diphtériques par l'éthérisation et la sérothérapie combinées. Il relate une série de 9 cas personnels, dans lesquels la narcose à l'éther sans adjonction de sérum, a toujours amélioré et fréquemment guéri des paralysies diphtériques parfois très anciennes. La guérison se fait immédiatement après le réveil, mais plusieurs narcoses sont parfois nécessaires.

Origine toxique de la paralysie dans le syndrome de Guillain-Barré,
par M. HEERNU.

Par son aspect clinique, le syndrome de Guillain-Barré est une poly-névrite toxique ; l'épisode infectieux paraît toujours antérieur aux paralysies. L'auteur a observé un cas typique de ce syndrome, dans lequel la situation qui paraissait stationnaire depuis 12 jours fut rapidement améliorée par l'administration quotidienne de 20 grammes d'eau chloroformée saturée en potion. Ce résultat semble confirmer le mécanisme plus toxique qu'infectieux des paralysies.

Syndrome du trou occipital par abcès du lobe frontal,
par M. MASSION-VERNIORY.

Relation du cas d'un malade qui fut opéré d'urgence sur la fosse postérieure pour syndrome alarmant d'engagement occipito-vertébral, et qui mourut en hyperthermie sans qu'on ait pu découvrir de lésion. Il s'agissait en réalité d'un abcès du lobe frontal droit. Un syndrome du trou occipital n'est donc pas toujours produit par une lésion postérieure. Une exophtalmie à prédominance droite aurait pu mettre sur la voie du diagnostic dans le cas présent, mais l'état alarmant du malade fit décider l'intervention sans autres recherches.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

12^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique ⁽¹⁾

Scheveningen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936

Nouvelles directives pour une politique de la population inspirée par l'hygiène raciale (Weitere Richtlinien für eine rassenhygienische Bevölkerungspolitik), par M. L.-A. MJOEN.

Plusieurs Etats ont accompli des réalisations importantes dans le domaine de l'hygiène raciale, en se conformant aux onze points du programme de Lund. Un premier pas est donc fait ; il s'agit maintenant d'aborder une étape nouvelle qui consistera à créer l'Etat moderne, fondé sur des bases biologiques, grâce à une transformation totale des systèmes judiciaire, pédagogique, sanitaire. L'Etat biologique nouveau doit poser comme principe fondamental la distinction entre le droit de vivre et celui de donner la vie.

Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation, en Thuringe (Verwirklichung rassenhygienischer Wohnungspolitik in Thüringen), par M. ASTEL.

L'auteur expose le fonctionnement de deux œuvres d'habitations à bon marché, créées par l'Etat de Thuringe. La sélection des familles bénéficiaires a lieu d'après les principes de l'hygiène raciale. L'une est réservée aux familles ayant au moins 6 enfants sains ; dans l'autre, l'échelle du taux du loyer est régressive, suivant le nombre des enfants.

Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical (Die neuen rassenhygienischen Gesetze im Deutschland vom medizinischen Standpunkt aus), par le Professeur E. RÜDIN, de Munich.

Les deux lois, sur la stérilisation et sur le mariage, visent au même but mais ne se superposent pas quant aux sujets qu'elles visent. La loi sur le

(1) Ce compte rendu a été publié par erreur avant corrections dans le numéro de décembre, page 845. Ce texte est le texte corrigé.

mariage dépasse le cadre des maladies héréditaires et permet l'interdiction du mariage dans tous les cas d'inopportunité franche pour des raisons médicales ou sociales. Mais elle n'envisage la défense stricte que dans les cas vraiment graves ; la loi sera complétée par des organismes officiels de consultation prénuptiale, dont l'auteur attend d'heureux effets prophylactiques. L'auteur communique enfin les statistiques concernant l'exécution de la loi de stérilisation, à la date du 31 décembre 1934.

Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande
(Erbpflege in der deutschen Gesetzgebung), par M. RUTKE.

L'auteur donne un aperçu de ce qui a été fait dans le 3^e Reich pour combattre les tares héréditaires et favoriser la population saine. Le national-socialisme admet que ce n'est pas un déshonneur d'être atteint d'une maladie héréditaire, mais que c'est immoral de transmettre des tares à des descendants. Plusieurs lois complémentaires ont renforcé l'efficacité de la loi de stérilisation ; elles permettront notamment l'interruption de la grossesse dans certains cas précis, la castration des pervers sexuels, la stérilisation des femmes atteintes de maladies héréditaires et âgées de plus de 38 ans, à l'aide des rayons X ou du radium.

La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie (Der erbbiologische Zusammenhang von quantitativ verschiedenen Schwachsinnsgaden), par M. C. BRUGGER.

L'expérience clinique et l'enquête familiale plaident pour l'unité, au point de vue hérédobiologique, des différents degrés d'indigence intellectuelle congénitale ; c'est pourquoi même les débiles légers doivent être exclus de la procréation.

Pronostic hérédologique empirique et études gémellaires en psychiatrie (Empirische Erbprognose und Zwillingsforschung in der Psychiatrie), par M. LUXENBURGER.

La méthode empirique, qui conclut à l'ensemble en partant de l'expérience acquise par l'étude d'une partie de l'ensemble, est la seule qui donne actuellement des résultats en hérédopathologie psychiatrique, car l'application de formules mendéliennes n'est pas possible en l'état de nos connaissances. L'auteur représente dans quelques tableaux les acquisitions de la méthode empirique, simple ou différenciée, à propos de la schizophrénie, de la psychose maniaque-dépressive, de l'oligophrénie, de l'épilepsie. Il montre l'intérêt des études gémellaires et signale en particulier les progrès qu'elles ont permis de réaliser dans le domaine de l'hérédité de la schizophrénie.

Résultats et problèmes des études sur la gémellité en neurologie (Ergebnisse und Aufgaben der neurologischen Zwillingsforschung), par M. K. CONRAD.

En matière d'hérédologie, les affections neurologiques représentent un champ d'études particulièrement vaste et fructueux. Pourtant, les recherches sur la gémellité y sont encore rares. Deux résultats concrets méritent

d'être signalés : les recherches de Thuns sur la sclérose en plaques, qui ont prouvé que l'hérédité n'y joue aucun rôle appréciable, celles de l'auteur sur l'épilepsie, qui démontrent le rôle important de l'hérédité dans cette affection.

Des mutations chez l'homme (Ueber Mutationen beim Menschen),
par M. E. HANHART.

Certaines anomalies, difformités ou maladies qui font leur apparition pour la première fois dans une famille, peuvent-elles être considérées comme des mutations au sens de De Vries ? Il le semble, bien que le fait soit relativement rare. L'auteur y conclut en se basant sur ses recherches faites dans des populations, restées isolées depuis des siècles, de certaines régions de la Suisse.

Recherches sur des jumeaux criminels et psychopathes (Untersuchungen au kriminellen und psychopathischen Zwillingen), par M. STRUMPF.

Les constatations de l'auteur en ce qui concerne les phénomènes de discordance et de concordance chez des jumeaux uni- et bivitellins, s'écartent sensiblement des conclusions de certains travaux antérieurs. Elles ont permis de dégager un type de criminalité grave, se manifestant dès le jeune âge, inaccessible à l'influence du milieu ambiant et à l'action éducative. Les sujets de cette catégorie doivent être stérilisés.

Transformations des races dues aux influences climatiques
(Rassenaenderung durch Klimaeinflüsse), par M. E. RODENWALDT.

Les facteurs géologiques et météorologiques sont-ils capables de modifier à la longue les caractères morphologiques raciaux ? La question a été posée pour les Créoles des Antilles et pour les colons hollandais des Indes néerlandaises. Elle mérite d'être étudiée, d'autant plus que dans la vie animale on connaît des exemples frappants de production de races nouvelles après transplantation dans des climats très différents (cerfs de Nouvelle-Zélande, lapins de Madère).

La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques
(Das norwegische Sterilisierungsgesetz von 1934 und seine praktischen Ergebnisse), par M. K. HANSEN.

La loi norvégienne permet la stérilisation, sans leur consentement, des aliénés et des anormaux graves. Mais le consentement du tuteur ou du curateur est toujours demandé. Au moment de la communication, trente autorisations seulement avaient été accordées.

L. BAUER.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques, par Jean LHERMITTE et E. TCHEHRAZI (d'Ispahan). *Encéphale*, vol. XXXII, tome 1, p. 1 à 25, 1937.

A la base de notre activité motrice se situe la réalité d'une « image du moi corporel ». Les A. vont étudier ici comment se constitue cette image grâce au double concours des impressions proprioceptives et visuelles ; la localisation dans l'image de soi ; sa structure physiologique, représentation fluide, mouvante, indépendante de tout système anatomique fixe et stable ; ses modifications physiologiques, son développement, fragment par fragment, surtout net chez l'enfant ; et enfin sa pathologie. Ce dernier point est la plus longue partie de l'article.

Tout à tour sont étudiés les hallucinations spéculaires, « l'image de soi » chez les amputés, le « membre fantôme » chez les non-amputés, les déformations de « l'image de soi » en relation avec les lésions du système nerveux central : section complète de la moelle, hémiplegie, agnosie, apraxie, et dans les intoxications.

Les auteurs en arrivent à ces conclusions :

« Le schéma corporel doit être tenu pour une réalité vivante et mouvante, indépendante, dans une certaine mesure, des afférences cérébrales, ne se plaquant pas sur les perceptions et les sensations actuelles, capables des distorsions et des déformations les plus singulières voire les plus extravagantes, susceptibles même de s'émanciper et d'apparaître au sujet comme un double, un autre soi auquel on va jusqu'à confier ses sensations, ses sentiments, ses affections. Physiologique et psychologique vont ensemble, l'image de notre moi corporel s'étend sur les domaines maintenus trop distincts de la neurologie et de la psychiatrie et commande l'attention de tous ceux qui s'intéressent aux fonctions et aux désordres du système nerveux. »

Pierre MASQUIN.

Sur quelques aspects du problème concernant le membre fantôme, par Georges RIDDOCH (de Londres). *Encéphale*, vol. XXXII, tome I, p. 25 à 31, 1937.

Exposé des idées de l'auteur qui a été un des premiers à étudier, avec Head, le problème de « l'image de soi ». M. Riddoch s'attache à expliquer trois phénomènes :

1° Pourquoi un membre fantôme apparaît-il ? 2° Pourquoi le membre fantôme consécutif aux lésions des plexus, des racines postérieures ou de la moelle apparaît-il généralement dans les positions différentes de celles qu'occupent les membres réels quand ceux-ci n'ont pas été retranchés ? 3° Pourquoi certains fantômes sont-ils douloureux et pourquoi persistent-ils ?

Le dernier point s'expliquerait par des lésions de névrite interstitielle dans les nerfs du moignon. La réalité de la douleur semble rendre impossible au patient de se débarrasser d'un membre qui a été supprimé par une amputation et l'empêche en fait, de s'adapter à une nouvelle forme corporelle. Nous avons ici, dit M. Riddoch, une nouvelle illustration de la prédominance de la douleur sur les fonctions d'adaptation.

Pierre MASQUIN.

Les perturbations et les types du sommeil dans les maladies nerveuses et mentales ; l'action des substances médicamenteuses (Schlafstörungen und Schlaftypen bei Nerven- und Geisteskrankheiten und deren Beeinflussbarkeit durch Arzneimittel), par A. SZÉKY (de Debrecen). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 3-4, 1937.

L'auteur fait un aperçu des divers syndromes d'hypersomnie et d'insomnie. L'hypersomnie est surtout associée aux processus inflammatoires et hyperplasiques qui atteignent la région interpédonculaire. Le problème reste ouvert si elle est l'effet direct des lésions ou si elle est due à l'œdème cérébral secondaire et à la compression intracrânienne. L'aspect clinique de l'insomnie dépend de l'affection causale, et l'auteur décrit ses caractéristiques dans les principaux syndromes psychiatriques. Mais les facteurs constitutionnels ont également une influence importante. Quant à la médication hypnotique, l'auteur admet la distinction classique entre les médicaments à action corticale prédominante qui favorisent la production du sommeil et ceux qui agissent surtout sur les centres sous-corticaux et qui prolongent la durée du sommeil. La médication de choix est celle qui combine les deux genres d'hypnotiques.

E. BAUER.

Le « mnémisme » et la théorie de la réflectivité conditionnelle, par le professeur J. MAZURKIEWICZ (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937) :

L'auteur étudie les réflexes conditionnés au point de vue de leur interprétation psycho-physiologique. La théorie classique de la réflectivité est devenue trop étroite, car elle ne tient pas compte des éléments biologiques et psychologiques. La base des propriétés fonctionnelles du tissu nerveux n'est pas uniquement la conductibilité mais également la faculté mnémique susceptible de présenter des graduations, d'évoluer et de se perfectionner.

Les réflexes conditionnés et inconditionnés dépendent des phases des

fonctions nerveuses végétatives et de l'aiguillage de leurs centres nerveux. C'est pourquoi les réflexes conditionnels et inconditionnels sont liés à la qualité et non pas à l'intensité du stimulus. Leur intensité est déterminée par le degré de l'aiguillage. Les réflexes inconditionnels ont leur centre au niveau de la zone sous-corticale. Les réflexes conditionnels au niveau de l'écorce. Ainsi, leurs fonctions nerveuses s'exercent à l'étage supérieur de l'axe cérébro-spinal d'après les mêmes principes physiologiques qu'au niveau de la moelle, c'est-à-dire d'après le principe du contrôle et du pilotage des fonctions de relation par les fonctions du système nerveux végétatif.

Le degré du pilotage n'est pas le même à tous les étages de l'axe cérébro-spinal. Il croît avec la hauteur de l'étage et avec le perfectionnement des facultés mnémiques. Le pilotage des fonctions de relation par le système nerveux végétatif a le caractère d'une fonction physiologique au niveau de la moelle épinière, le caractère d'une fonction de l'affectivité instinctive au niveau des centres sous-corticaux et le caractère d'une fonction de l'affectivité intellectualisée, au niveau de l'écorce cérébrale, dont la plus haute expression sont les mouvements volontaires. L'écorce cérébrale possède un système nerveux végétatif cortical qui représente le substratum physiologique de l'affectivité intellectualisée.

FRIBOURG-BLANC.

Réflexe oculo-cardiaque et maladies mentales, par João COELHO. *La Presse médicale*, n° 74, p. 1445-1446, 12 septembre 1936.

On a abusé de l'interprétation des troubles neuro-végétatifs, mais la valeur du réflexe oculo-cardiaque reste certaine. Pour M. Coelho, il est parfois le plus sûr moyen d'identifier une psycho-névrose, de différencier un accès maniaque-dépressif et un état schizophrénique et d'orienter un traitement.

P. CARRETTE.

L'état crépusculaire hystérique (Ganser), par W. RIESE et A. REQUET, *Encéphale*, vol. XXXII, tome 1, p. 209 à 226, 1937.

Chez un détenu inculpé d'attentat à la pudeur, les A. ont observé un état crépusculaire de Ganser — « réponse à côté » — qu'ils ont suivi pendant toute la durée de son évolution (quelques mois). Ils apportent à ce propos de nouveaux faits à la phénoménologie et à l'interprétation de ces états qu'ils regardent comme des états de défense ; ils analysent notamment les « états de conscience », la « pensée symbolique ».

Du point de vue médico-légal l'état crépusculaire ne peut être, pour les A., considéré comme un produit de simulation ; ils se demandent si, d'autre part, il peut être considéré comme un aveu.

Pierre MASQUIN.

L'épilepsie réflexe, par A. RADOVICI, M. SCHACHTER et S. KISILEV. *Encéphale*, vol. XXXII, tome II, p. 26-50, 1937.

Importante revue générale sur cette question dont l'étude est d'actualité.

La lésion du cortex cérébral et les troubles humoraux divers ne sont pas les seuls facteurs qui peuvent expliquer l'apparition d'une épilepsie. Des faits incontestables sont venus démontrer le rôle déterminant que jouent

les excitations provenant de lésions périphériques banales, excitations afférentes au cortex par les voies sensitivo-sensorielles et végétatives.

Les A. passent en revue les recherches expérimentales faites sur l'animal, puis sur l'homme et notamment les travaux d'Amantéa, de Muskens, de Pagniez, de W. Baumann, de O. Muck, etc... Puis ils étudient la clinique de l'épilepsie réflexe en adoptant la classification de L. Marchand, selon l'endroit où porte l'excitant : épilepsie réflexe due à des excitations des *nerfs périphériques* — épilepsie réflexe due à des excitations des *nerfs viscéraux* — épilepsie réflexe par excitation des *organes des sens spéciaux*. Enfin, un dernier paragraphe situe la position des A. devant la pathogénie de l'épilepsie réflexe :

« Nous serions enclins à admettre, écrivent-ils, que les altérations physiologiques histo-chimiques ou structurales des cellules nerveuses réceptives (sensitivo-sensorielles) doivent transmettre des excitations anormales. Il est possible que les terminaisons réceptives végétatives ne soient pas étrangères au déclenchement de l'accès d'épilepsie réflexe. Il est probable que les filets végétatifs terminaux englobés et irrités par certaines cicatrices soient capables d'engendrer des excitations épileptogènes.

« Nous ne sommes pas loin d'admettre que ces excitations d'origine cicatricielle soient apparentées à certaines excitations para-physiologiques (chatouillement, éternuement par regard au soleil), capables de déclencher exceptionnellement des manifestations convulsives.

« Il est pourtant probable que les excitations pathologiques d'origine cicatricielle ou sensorielle n'arrivent à produire l'épilepsie réflexe que chez des personnes prédisposées par l'état humoral dû à certains déséquilibres constitutionnels ou acquis par certains toxiques endo- ou exogènes. »

Pierre MASQUIN.

Considérations sur le rôle des sinus carotidiens dans la pathogénie de l'accès épileptique, par G. MARINESCO et A. KREINDLER. *La Presse médicale*, n° 42, p. 833-836, 23 mai 1936.

L'obstruction lente et progressive des carotides oblige à un renforcement de la circulation des artères vertébrales. Dans le cas de MM. Marinesco et Kreindler, la suppression fonctionnelle des sinus carotidiens détermine des troubles vasculo-humoraux encéphaliques provoquant des accès épileptiques. La crise est déclenchée par injection intra-veineuse d'adrénaline. Outre la tendance aux accès convulsifs, l'inertie sinu-carotidienne a engendré un ramollissement cérébral à droite et les altérations secondaires de l'hypophyse paraissent être responsables de l'atrophie du squelette facial, de la pigmentation cutanée et de la cachexie progressive terminale.

P. CARRETTE.

Crises épileptiformes chez des adultes guéries après expulsion de vers intestinaux (Epileptiforme Krämpfe durch Darmparasiten abtreibung geheilt), par P. T. KASAKOW (de Leningrad). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 5-6, 1937.

Chez 4 malades atteints de crises convulsives répétées et porteurs de vers intestinaux (ascarides, ténia nana, trichocéphale) l'expulsion des vers après traitement anthelminthique a suffi à faire disparaître les crises. L'irritation

continue de la muqueuse intestinale déclanche des courants centripètes qui sensibilisent l'écorce cérébrale. L'helminthiase intestinale est donc une cause possible de troubles épileptiformes.

E. BAUER.

Contribution à l'étude de l'éclampsie coquelucheuse, par Jozef SCHEFFER.
Revue Tchèque de Neurologie et de Psychiatrie, n° 3, p. 57-78, mars 1936.

Les accès observés dans 6 cas de coqueluche ont l'allure typique des crises épileptiformes, toni-cloniques avec agitation et amnésie dans les intervalles. La phase terminale mortelle était précédée de troubles localisés paralytiques. La constatation des lésions apoplectiques, des dégénérescences cellulaires, des spasmes vasculaires confirme l'auteur dans son opinion, qu'il ne s'agit là que d'effets dus aux convulsions. Le véritable facteur étiologique est un agent infectieux spécifique inconnu. La thérapeutique doit être dirigée d'abord contre lui et plus tard contre la tendance aux convulsions responsables des lésions essentielles des centres nerveux.

P. CARRETTE.

Un cas de chorée de Huntington, par J. FRYDMAN (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937).

L'auteur rapporte l'étude d'un cas de chorée de Huntington dont l'intérêt est souligné par les renseignements généalogiques portant sur six générations.

L'observation apporte les enseignements suivants : 1° Le nombre des membres atteints diminue avec chaque génération bien que le nombre des membres de la famille soit en croissance. Il semble que la maladie s'atténue progressivement. 2° A partir de la troisième génération, seuls les hommes sont touchés. 3° Dans un cas, la maladie a été transmise à un fils par l'intermédiaire d'une mère phénotypiquement saine. L'observation ne semble pas confirmer la règle de l'hérédité dominante. La personnalité prémorbide du malade ne révèle aucun trait caractéristique dénonçant une moindre valeur intellectuelle ni une prédisposition à la maladie. La famille fait partie de l'élite intellectuelle de la société. Les chocs psychiques ont pu jouer un rôle d'agents déterminants dans l'éclosion de la maladie chez certains malades de cette famille, mais l'ensemble de l'observation ne confirme pas la thèse de la moindre valeur psychique fondamentale des familles touchées par la chorée de Huntington.

FRIBOURG-BLANC.

Encéphalopathie toxique dégénérative disséminée secondaire aux brûlures graves et étendues (Disseminated Toxic Degenerative Encephalopathy Secondary to Extensive and Severe Burns), par Joseph H. GLOBUS et Morris B. BENDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIII, n° 5, p. 518-529, mai 1936.

L'encéphalopathie décrite est un état de démyélinisation avec sclérose disséminée reproduisant les lésions expérimentales dues à l'injection de substances toxiques. Les états dégénératifs observés dans les cas de brûlures graves sont dus à l'action directe sur le cerveau des produits de désintégration libérés. La nature de ces substances toxiques est encore inconnue.

P. CARRETTE.

Des rémissions spontanées prolongées au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales, par Th. de MARTEL, H. SCHAEFFER et J. GUILLAUME. *La Presse médicale*, n° 38, p. 762-764, 9 mai 1936.

Le caractère progressif, évolutif de la symptomatologie des tumeurs cérébrales n'aurait, d'après les auteurs, qu'une valeur diagnostique très relative. Les rémissions prolongées ne seraient pas exceptionnelles. L'hypertension intracrânienne céderait par la résorption du liquide au niveau de la convexité, même lorsqu'il s'agit d'hydrocéphalie interne, le ventricule cérébral se fistulisant, de préférence en son point faible par pression au niveau de la fente de Bichat.

P. CARRETTE.

Sur un cas de méningo-leuco-encéphalite atypique subaiguë chez un enfant, par G. MARINESCO. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 1, p. 1-21, juillet 1936.

L'étendue des lésions corticales correspond dans l'observation de M. Marinesco à l'évolution successive d'une symptomatologie extrêmement riche. Les diagnostics de localisation définitivement écartés, l'hypothèse d'encéphalite épidémique se présente comme peu vraisemblable par l'étendue des lésions blanches sous-corticales. L'histologie des diverses formes d'encéphalite ne paraît pas pouvoir nous fournir actuellement des données précises sur leur pathogénie.

P. CARRETTE.

Les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde, par Mareel DAVID et Herden ASKENASY. *Encéphale*, vol. XXXII, tome 1, p. 169 à 208 (3 planches h. t.), 1937.

De cet important travail basé sur 26 observations dont les traits cliniques essentiels sont notés dans un tableau, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

« Les manifestations psychiques au cours des méningiomes de la petite aile du sphénoïde sont très fréquentes (84 0/0 des cas dans notre série) et semblent indépendantes du côté où siège la tumeur. Dans plus de la moitié des cas, il s'agit d'un syndrome d'affaiblissement psychique rappelant le *syndrome frontal*. Parmi les éléments de ce syndrome, une mention particulière doit être décernée au *puérilisme* dont il est rapporté deux cas particulièrement nets. La lésion simultanée du lobe frontal et du lobe temporal (réalisée par définition dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde) est peut-être nécessaire à la production de ce trouble.

« La fréquence relative des états rappelant les psychoses (états schizophréniques, maniaque dépressif, psychasthénique, mélancolique) doit être notée. Elle cadre avec la prédominance de la localisation temporale dans les tumeurs cérébrales s'accompagnant de troubles psychopathiques. Dans la pathogénie des troubles mentaux, il convient de faire intervenir à côté des phénomènes de compression directe et d'œdème cérébral, un *facteur mécanique d'ordre ventriculaire* dont l'importance n'a pas été mise en lumière jusqu'ici. Les troubles psycho-sensoriels ne sont pas exceptionnels (8 0/0 des cas). Ils constituent un assez bon signe d'appoint pour le diagnostic topographique. Les états psychopathiques et les troubles psycho-sensoriels s'accom-

pagnent assez souvent d'anxiété. Ces états d'anxiété et d'inquiétude ne sont pas rares au cours des tumeurs temporales et, en général, des tumeurs siégeant au voisinage des centres végétatifs. »

Pierre MASQUIN.

Un syndrome post-traumatique inaccoutumé. Troubles vaso-moteurs généralisés chez un sujet présentant des signes pyramidaux, extra-pyramidaux et des troubles psychiques, par E. HERMAN (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIV, n° 5 du 4 février et n° 6 du 11 février 1937).

L'auteur rapporte l'observation d'un homme chez lequel, à la suite d'un traumatisme crânien, s'est installé un syndrome riche en manifestations diverses : 1° Troubles vaso-moteurs particulièrement intenses et généralisés à tout le corps, sous forme de cyanose marmoriforme. 2° Troubles de la parole avec bredouillement. 3° Gros déficit psychique et défaut de mémoire. 4° Troubles pyramidaux et extra-pyramidaux. 5° Crises comitiales. Cette symptomatologie si variée peut être expliquée par l'existence de lésions corticales à foyers multiples. Les troubles vaso-moteurs particulièrement intenses et généralisés sont dus incontestablement aux altérations traumatiques des centres vaso-moteurs.

Fribourg-Blanc.

Un signe de localisation au cours du coma par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois, par Paul SIVADON. *Le Progrès médical*, n° 48, p. 1855-1856, 28 novembre 1936.

Le signe de Courtois est le réflexe de double flexion du membre inférieur provoqué par inclinaison de la tête sur la poitrine. Ce réflexe unilatéral, observé dans le coma par lésion cérébrale, permettrait d'affirmer qu'elle siège du même côté. M. Sivadon résume les deux observations originales de Courtois avec les réserves qui s'imposent sur la valeur du signe et sans fournir d'explications sur le mécanisme.

P. CARRETTE.

Un cas de lésion de la troisième frontale gauche sans aphasie, par Marcos VICTORIA (de Buenos-Ayres). *Encéphale*, vol. XXXII, tome 1, p. 85 à 92 (1 planche h. t.), 1937.

A propos d'un de ces cas « négatifs » qui contestent les théories classiques sur l'aphasie motrice, M. M. Victoria compare son observation à 13 autres cas de la bibliographie dans lesquels le pied de la 3^e frontale gauche fut atteint sans occasionner de troubles du langage.

Il se retrouve avec Foix, Monakow, Mingazzini, Pierre-Marie, Head, etc..., pour affirmer qu'on ne peut attribuer l'aphasie motrice à une lésion exclusive du pied de la 3^e frontale (pars opercularis). Il y a atteinte concomitante d'autres territoires corticaux et sous-corticaux.

Pierre MASQUIN.

De l'acalculie (Über Akalkulie), par E. KRAPP (de Buenos-Aires). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 2, 1937.

L'acalculie est un syndrome de l'hémisphère gauche, mais la localisation des lésions qui la produisent, est très variable : frontale, pariétale, occi-

pitale. Il suffit pour le comprendre, de se rendre compte de la structure complexe de la fonction du calcul, dans laquelle on a encore trop tendance à surestimer le facteur sensoriel au détriment du facteur moteur. C'est ce dernier qui explique l'existence des syndromes d'acalculie des lésions pariétales, associés souvent avec l'apraxie idéatoire ou idéomotrice. Mais la forme clinique la plus intéressante de l'acalculie est celle qui est observée dans les lésions du pli courbe ; elle se présente comme un trouble du maniement spatial des chiffres ; elle mérite la dénomination d'acalculie constructive. C'est peut-être la forme d'acalculie la plus pure, et la localisation de la fonction du calcul au niveau du pli courbe, zone de transition temporo-pariëto-occipitale, zone où la gnosie et la praxie, le sensoriel et le moteur se fusionnent en l'« unité sensori-motrice de l'acte », paraît riche en déductions.

E. BAUER.

Recherches généalogiques, morphologiques et psychopathologiques sur un cas de maladie de Friedreich familiale (Familienkundliche, körperliche und psychopathologische Untersuchungen über eine Friedreich-Familie), par D. KLEIN (de Zürich). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1-2, 1937.

Sur 6 enfants d'une famille, 3 sont atteints de maladie de Friedrich. Les parents sont cousins et appartiennent tous les deux à la famille décrite en 1912 par K. Frey qui y avait relevé alors déjà 15 cas de la maladie, répartis sur 7 lignées. Les cas nouveaux prouvent le caractère récessif de l'hérédité et illustrent le rôle aggravant de la consanguinité des parents. Au point de vue morphologique, beaucoup de membres de cette famille, le père et la mère des trois malades compris, présentent le status dysgraphique. Celui-ci doit être considéré comme l'expression du terrain morbide sur lequel la maladie de Friedrich se développe. On peut même se demander si ses aspects très accentués n'ont pas la valeur d'hétérozygotes. Les troubles psychiques qui accompagnent la maladie de Friedrich sont discutés à propos de trois observations dont deux personnelles. On observe des troubles du caractère et du tempérament, et parfois des psychoses délirantes. Les ressemblances frappantes de ces psychoses, quant à l'aspect des hallucinations et au contenu du délire par exemple, leur confèrent un caractère spécifique.

E. BAUER.

Sur une affection dégénérative spéciale pallido-dentelée se traduisant cliniquement par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et un syndrome hypertensif terminal, par Georges GUILLAIN, IVAN BERTRAND et Lucien ROUQUÉS. *Revue Neurologique*, T. LXV, n° 4, p. 737-755, avril 1936.

Les syndromes d'hypertension intracrânienne indépendants de toute tumeur sont d'une observation de plus en plus courante. Le cas présent soulève l'hypothèse d'une tétanie cérébrale. Associée à l'épilepsie, elle laisse entrevoir la possibilité de troubles du métabolisme provoqués par des lésions nerveuses encore mal connues et dont l'essai de délimitation est plein d'intérêt.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Notes sur quelques corrélations psycho-motrices chez les écoliers normaux, par Jadwiga ABRAMSON et Suzanne LE GARREC. *Hygiène Mentale*, p. 1 à 10, 1937.

Pour étudier les corrélations et les rapports entre le niveau intellectuel et le niveau moteur chez l'écolier normal et « moyen », les A. ont utilisé les tests de Binet-Simon pour l'intelligence et les tests d'Ozeretzki pour la motricité. De cette étude elles concluent : 1° que l'intelligence, chez l'écolier français, évolue plus vite que la motricité ; 2° que les écoliers dont l'intelligence est d'un niveau supérieur ont souvent un développement moteur global médiocre ou insuffisant.

Pierre MASQUIN.

Tests de développement limité (Grenz tests), par Th. HELLER (de Vienne). *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 2, 1937.

Cette série de tests rapides a été composée à l'usage des consultations ambulantes du genre de celles créées récemment par la Société médico-pédagogique d'Autriche. Ils permettent de préciser le développement minimum atteint par un enfant et de décider si l'enfant relève de l'instruction primaire normale ou de l'enseignement spécial pour arriérés. De cette dernière catégorie font partie les enfants qui se sont montrés incapables d'exécuter la moitié au moins des épreuves correspondant à leur âge. Beaucoup de questions sont empruntées au test de Binet-Simon.

E. BAUER.

Introduction à l'étude de la peur chez les enfants (An Approach to the Problem of Fear in Children), par Hilda WEBER. *The Journal of Mental Science*, n° 337, p. 136-147, mars 1936.

La peur est une réaction de défense spécialisée contre toute menace d'atteinte à la sécurité. Elle n'a aucun caractère d'universalité dans ses modes d'expression. Phénomène individuel, la peur ne peut être étudiée et traitée dans ses égarements pathologiques par l'observation, la contrainte et l'expérimentation collective. Mme Hilda Weber fait appel à l'évolution pour mettre en évidence ses mécanismes principaux ; elle rappelle les réactions d'auto-défense dans la série animale, les formes réflexes de moins en moins élémentaires des animaux supérieurs ; elle indique les attitudes des mentalités primitives devant la peur et en rapproche les formes des thèmes habituels des terreurs infantiles.

P. CARRETTE.

La tension psychologique excessive, par R. DRESZER (*Rocznik Psychjatriczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937).

En se basant sur plusieurs cas observés, dont il rapporte les détails cliniques, l'auteur cherche à démontrer que, si dans certains complexes psychopathologiques, les déductions de localisation dans l'écorce cérébrale ne sont pas possibles, il en existe d'autres où les nuances entre les états de l'hy-

peractivité du tonus psychique permettent de localiser avec une grande probabilité la source de cette hyperactivité, soit dans l'écorce, soit dans la zone sous-corticale. Ce fait prouve une certaine indépendance de leur dynamisme. Ces constatations cliniques et les déductions qu'elles inspirent enseignent qu'il ne faut pas localiser la vie affective de l'individu dans la sous-corticalité uniquement. En dehors du domaine instinctif, la fonction d'une nouvelle sphère d'affectivité complexe ne peut être comprise psychologiquement qu'avec le secours de la mémoire affective et du caractère dynamique des phénomènes mnémiques.

FRIBOURG-BLANC.

Influence de la volonté sur les activités physiologiques, par P. DESFOSSES.
La Presse Médicale, n° 27, p. 555, 1^{er} avril 1936.

L'article de M. Desfosses est un simple commentaire d'indications bibliographiques, mais combien passionnant. Il cite des relations de modifications physiques obtenues par l'exercice de la volonté comme suite au travail d'Abrami, Wallich et Bermal sur l'hypertension artérielle volontaire. Ces observations qui évoquent immédiatement les pratiques mystérieuses venues de l'Inde et du Tibet mériteraient d'être reprises et interprétées à la faveur de l'étude des psychonévroses. Elles y trouveraient un terrain propice aux explications physiologiques de nombreux phénomènes que la diffusion des conceptions psychoanalytiques a inutilement compliqués.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

Impuissance sexuelle (Impotence), par ADRIAU STEPHEN. *The medico-legal and criminological review*, vol. IV, fasc. 1, janvier 1936.

Etude de l'impuissance sexuelle du point de vue psychanalytique. L'auteur considère que l'impuissance peut résulter d'une relation anormale entre la fonction sexuelle et une autre fonction physique, par exemple la miction urinaire. Dans ce cas, la tendance normale à inhiber la miction s'étend à la fonction sexuelle qu'elle peut paralyser complètement. Il y a identification inconsciente des deux fonctions et la psychanalyse permet d'expliquer comment l'impuissance peut en être le résultat. La miction urinaire constitue chez le petit enfant une impulsion agressive. Si elle conserve ce caractère chez l'adulte, « étant donné le lien qui existe entre la miction urinaire et l'acte sexuel — on pourrait presque dire l'identification inconsciente qui est parfois réalisée entre ces deux fonctions — ce qui devrait être normalement l'expression d'un sentiment de sympathie devient un acte d'agression et, comme tel, est inhibé ».

L'impuissance peut aussi être en relation avec le syndrome d'Œdipe, résultant alors de la crainte inconsciente d'un rival (the unconscious fear of a rival). Elle peut encore avoir pour cause une sensibilité morale pathologiquement exagérée. C'est ainsi que la crainte plus ou moins inconsciente de profaner la « pureté » de la femme peut avoir pour conséquence l'impuissance du mari. L'auteur résume le cas d'une femme psychanalysée par lui chez qui la frigidité paraît avoir été l'expression d'un conflit d'ordre moral, dont il donne l'interprétation psychanalytique.

J. ROGUES DE FURSAC.

La névrose obsessionnelle et les phobies (La Neurosis Obsesiva y las Fobias), par Emilio PIZARRO CRESPO. *Psicoterapia*, T. 1, n° 2, p. 43-77, mai 1936.

L'auteur rappelle les descriptions cliniques et les classifications des phobies dans la psychiatrie traditionnelle. Les conceptions reposaient sur l'hérédité, les constitutions, les troubles biologiques dont les obsessions étaient un épiphénomène. A cette psychologie « intellectualiste » et descriptive, M. Pizarro Crespo oppose la théorie dynamique de l'inconscient, les notions de régression et de compensation, les mécanismes de déplacement et de répression. On conçoit que pour lui la vérité psychologique se trouve tout entière dans l'explication psychanalytique, capable de libérer la médecine mentale du fatalisme ancien en dégageant la notion totalitaire de personnalité avec ses lois, ses erreurs, ses troubles affectifs et les possibilités de redressement que seul peut lui apporter le credo freudien.

P. CARRETTE.

Pathogénie de la névrose obsessionnelle (Patogenia de la Neurosis Obsesiva), par Gregorio BERMANN. *Psicoterapia*, T. I, n° 2, p. 13-29, mai 1936.

Si considérable qu'apparaisse la part somatique dans la symptomatologie d'un état obsédant, sa pathogénie psychopathique ne saurait être contestée, puisque — selon M. Bermann — il s'agit d'un état qui affecte la structure de la personnalité. Les facteurs organiques contribuent à créer des formes complexes ou associées, mais la forme pure vient d'une disposition constitutionnelle. La psychanalyse donne toute satisfaction à l'auteur dans ses essais d'interprétation des symptômes et la rigueur de sa méthode la lui fait préférer aux autres moyens psychothérapeutiques.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Études sur l'histopathologie de la démence précoce, dégénérescence myélinique cérébrale multiple, par Henry MARCUS. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XI, fasc. 4, p. 709-730, 1936.

Les cas de démences précoces hémiphréniques et catatoniques avec terminaison, soit par une infection aiguë, soit par la cachexie, soumises par M. Marcus à l'examen anatomique, n'ont pas révélé de lésions spécifiques des méninges et du cortex. Les cellules ganglionnaires et névrogliques n'offrent pas d'altérations importantes. Dans tous les cas, un processus de destruction atteint les fibres nerveuses et par-dessus tout leurs gaines de myéline. Les lésions prédominent dans les territoires des noyaux de la base et dans certaines zones blanches des lobes frontaux et temporaux. Nulle trace de réaction inflammatoire ne permet de rapprocher de telles lésions de celles de l'encéphalite d'Economo ; l'absence de foyers macroscopiques les différencie des affections du type de la sclérose en plaques. Par contre, elles rappellent les désordres observés au cours des lésions toxiques expérimentales. M. Marcus n'écarte pas l'hypothèse d'un trouble du développement, d'un retard trophique qui ferait de certains syndromes de démence précoce un état dégénératif authentique. Certaines localisations striées et lobaires expliqueraient les formes catatoniques.

P. CARRETTE.

Anatomie pathologique de la maladie de Huntington, par S. MESSING.
Nowiny Psychiatryczne, fasc. 1-IV, 1936.

A propos de trois cas de maladie d'Huntington suivis de vérifications anatomiques, Messing rapporte la description des lésions observées. Il a constaté l'existence constante d'altérations atrophiques dans le néostriatum et surtout dans le noyau caudé. Il a enregistré également des lésions variables dans le pallidum, les noyaux sous-pallidaux, le cervelet, les olives et presque toujours dans le cortex. Les altérations du néostriatum sont caractérisées par la disparition de petites cellules. C'est donc à leur destruction qu'on peut attribuer les mouvements choréiques. Chez une des malades qui ne pouvait pas parler, les lésions prépondérantes étaient situées au cortex de l'insula.

Messing souligne les lacunes des connaissances actuelles au sujet de la nature et de la pathogénie de la maladie d'Huntington. En plus de l'hérédité, une autre cause déterminante toxique ou infectieuse doit exister. L'aspect des plexus choroïdes et la prolifération épendymaire et sous-épendymaire plaident en faveur de l'action toxique. Les infiltrations péri-vasculaires appuient la thèse inflammatoire des lésions.

FRIBOURG-BLANC.

Étude anatomo-pathologique des chorées chroniques, par Daniel M. LIPS-HUTZ. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 2, p. 201-225, août 1936.

Les rapports entre les lésions et les symptômes de la chorée chronique sont aujourd'hui suffisamment connus pour en fixer l'évolution. Les altérations lenticulo-striées répondent aux troubles moteurs ; l'écorce est prise et les troubles psychiques font leur apparition. Un processus dégénératif est reconnu et décrit. Il peut résulter parfois d'une chorée aiguë progressive. Les étiologies primitives indirectes (trauma, émotion, intoxication) s'expliquent mal par l'anatomie pathologique et l'auteur les rejette logiquement.

P. CARRETTE.

Les réactions neurotiques conjonctivo-lymphatiques en neurologie, par Louis ALQUIER. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 2, p. 226-232, août 1936.

Les réactions neurotoniques du tissu conjonctivo-lymphatique sont dues à une rétractilité propre dépendant de l'innervation végétative. Elles ont leur importance pratique. En effet, les troubles sensitifs, moteurs et trophiques, sont créés et aggravés par ces états vago-sympathiques et sont justiciables des méthodes médicamenteuses et surtout physiothérapiques habituelles.

P. CARRETTE.

Un cas rare d'hydromérencéphalie (Über einen ungewöhnlichen Fall von Hydromerenzephalie), par J. HUROWITZ. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXVIII, 2, 1936.

L'examen anatomo-pathologique d'un nouveau-né, extrait après craniotomie pour hydrocéphalie présumée, a fait découvrir, à la place du ténocéphale, une formation membranokystique remplie de liquide comparable au liquide céphalo-rachidien. Toutes les formations hémisphériques ainsi que la majeure partie du diencéphale (sauf les formations immédiatement

contiguës au mésencéphale) ont été trouvées absentes. Par contre, l'isthme et le cervelet sont bien développés et même en partie hyperplasiques. Cette malformation s'explique par la fermeture de l'extrémité antérieure de l'aqueduc de Sylvius par suite d'une prolifération dysplasique gliale et épendymaire, ainsi que par une répartition anormale du tissu neural embryonnaire affecté au développement respectif des régions tél- et mésencéphaliques. Le début du processus tératologique se place au stade des trois vésicules cérébrales primitives, c'est-à-dire avant la différenciation du prosencéphale en télencéphale et en diencéphale (3^e semaine) ; son étiologie ne peut être précisée. (Travail de l'Institut von Monakow, à Zurich).

E. BAUER.

État marbré, par A. MEYER et L. C. COOK. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XVI, n° 64, p. 341-352, avril 1936.

L'expression d'état marbré admise par les neurologistes depuis la description de Vogt répond à un état anatomopathologique caractérisé des noyaux gris centraux. La contribution nouvelle de MM. Meyer et Cook fait mention de deux observations de déficience mentale avec quadriplégie. Les lésions siègent dans le corps strié pour le premier cas, dans le thalamus pour le second. L'état marbré atteint les formations voisines. Les lésions striées s'expriment cliniquement par un spasme de torsion et des crises choréo-athétosiques. Le cortex est intact. Les auteurs discutent la conception de l'état marbré considéré comme entité nosologique.

P. CARRETTE.

Considérations anatomo-cliniques sur un cas de polioencéphalite aiguë chez un enfant, par G. GUILLAIN, P. MOLLARET et I. BERTRAND. *Revue Neurologique*, T. LXV, n° 1, p. 1-20, janvier 1936.

Cette observation fait apparaître les rapports des lésions olivaires intenses avec les symptômes d'hypertonie et de rigidité. Elle complète la documentation établie par les auteurs sur l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse.

P. CARRETTE.

Sur un cas d'infantilisme par tumeur de la poche de Rathke, par LUQUE et MORCILLO (*Archivos argentinos de Neurologia*, Vol. XV, nos 3-4, Octobre 1936).

Les auteurs rapportent une observation détaillée, tant au point de vue clinique que radiologique, d'un cas d'infantilisme, type Lorain, chez un garçon de 18 ans et lié à une tumeur de la région hypophysaire (poche de Rathke).

LAUZIER.

Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie de Cushing, par E. HERMAN et J. S. MERENLENDER (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIII, n° 34 du 10 septembre 1936, n° 35 du 17 septembre 1936, n° 36 du 24 septembre 1936 et n° 37 du 1^{er} octobre 1936).

Dans un long travail très documenté et illustré de 17 dessins, les auteurs rapportent l'observation d'un malade présentant le syndrome de Cushing

classique. Ce sujet était âgé de 23 ans. L'autopsie a révélé dans le lobe antérieur de l'hypophyse, qui était de dimensions normales, l'existence d'un adénome à cellules basophiles avec tendance à l'invasion insulaire du lobe postérieur. Dans les glandes surrénales hypertrophiées, on a trouvé des concrétions de lipéides dans la couche corticale. Il existait également de l'atrophie testiculaire, de la dégénérescence graisseuse du pancréas et de l'artériosclérose précoce de l'aorte et des artères rénales.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique du syndrome particulier d'adynamie progressive avec troubles fonctionnels du système sympathique (Syndrome dit d'insuffisance surrénale), par L. I. CHARGORODSKY et E. V. SCHMIDT. *Sovietskaia nevropatologiya psichiatria i psichogigiena*, T. IV, fasc. 4, 1935.

Les auteurs rapportent l'histoire clinique et la description des lésions anatomo-pathologiques d'une malade présentant le syndrome d'insuffisance surrénale. Ils soulignent que bien que le processus morbide n'ait révélé aucun caractère strictement spécifique du syndrome et que les lésions anatomo-pathologiques ne présentaient rien de pathognomonique, le cas est non moins intéressant en raison de la rareté clinique des manifestations et en raison de la prédominance des lésions anatomiques du système sympathique et du système nerveux central en comparaison avec l'intégrité relative de la glande surrénale.

FRIBOURG-BLANC.

Histopathologie des ganglions semi-lunaires chez les tuberculeux, par Carlo PASSA (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

Les ganglions semi-lunaires de 60 individus décédés de tuberculose furent examinés. Dans 35 cas, on ne trouva aucune lésion appréciable, pas plus que des bacilles de Koch. Dans 8 cas, des lésions du type dégénératif étaient limitées aux cellules ganglionnaires. Dans 12 cas, on notait, outre ces lésions cellulaires, une réaction évidente du mésenchyme et des vaisseaux. Dans 5 cas, se rencontraient des lésions très importantes des cellules ganglionnaires et une sclérose diffuse du ganglion.

Il est vraisemblable d'attribuer la genèse des troubles neuro-végétatifs abdominaux des tuberculeux aux lésions du plexus solaire.

P. ABÉLY.

Hyperthermie due aux lésions de l'hypothalamus (Hyperthermia due to Lesions in the Hypothalamus), par Bernard J. ALPERS. *Archives of Neurology and Psychiatry*, T. XXXV, n° 1, p. 30-42, janvier 1936.

L'hypothalamus joue un rôle important dans la régulation thermique du corps. M. Alpers rappelle les faits expérimentaux et expose deux cas de tumeurs de la base du cerveau avec lésions voisines du troisième ventricule. La région du tuber cinereum est intéressée et la mort a été précédée de poussées d'hyperthermie très élevée.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

La vie humaine à la lumière de la physiologie moderne ou l'unitarisme biologique, par M. BIERNACKI. *Nowiny Psychjatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

L'étude moderne de la physiologie a approfondi et élargi les notions acquises sur les réflexes et leur dépendance avec l'écorce cérébrale et les noyaux sous-corticaux. La connaissance de l'encéphalite épidémique a apporté un complément précieux sur le rôle des noyaux sous-corticaux dans le fonctionnement des glandes endocrines. Les relations réciproques de l'écorce et des noyaux sous-corticaux constituent la base de l'activité psychique. Elles établissent ainsi l'unitarisme biologique et le substituent au dualisme cartésien.

FRIBOURG-BLANC.

La vie sans moelle épinière, par H. HERMANN. *Biologie médicale*, T. XXVI, n° 5, p. 252-325, mai 1936.

Les expériences de M. Hermann pratiquées chez le chien démontrent que la vie sans moelle est possible si les centres cervicaux de l'activité pulmonaire sont conservés. D'importantes fonctions de nutrition, primitivement supprimées, se rétablissent rapidement. Evidemment il est nécessaire de suppléer aux fonctions de relation définitivement compromises. Les résultats obtenus par l'auteur mettent hors de doute l'existence de régulations périphériques. Mais les animaux conservent intacte leur innervation pneumogastrique. Si on la supprimait et que la vie restât possible, la démonstration serait faite de la complète autonomie des appareils régulateurs de la vie végétative par rapport au système cérébro-spinal.

P. CARRETTE.

L'hypnose et ses mécanismes physiologiques (La Hipnosis y sus Mecanismos Fisiologicos), par Paulina H. de RABINOVICH. *Psicoterapia* (Cordoba, Argentine), n° 1, p. 38-45, janvier 1936.

L'auteur admet pour expliquer physiologiquement l'hypnose la doctrine des réflexes conditionnés de Pavlov. Comme le sommeil, l'hypnose est la conséquence d'une inhibition corticale. Il n'y a entre les deux phénomènes qu'une différence quantitative. Le sommeil hypnotique, la catalepsie, l'analgésie, les sensations suggérées prouveraient que dans l'écorce inhibée des zones d'activité intense restent accessibles aux excitations psychiques ou physico-chimiques.

P. CARRETTE.

De l'utilisation de la narcose prolongée en psychiatrie, par A. BERGANZ et M^{me} A. DGEAGAROWA (*Nevropatologia, psichiatria, psichogiguiena*. T. V, fasc. 7, 1936).

Chez 18 malades atteints de schizophrénie, chez lesquels on pratiqua à titre thérapeutique la narcose prolongée, les auteurs constatent que les albumines du sang ont subi des modifications importantes. Le fibrinogène et les globulines augmentent pendant que, dans la plupart des cas, la quantité

globale d'albumine diminue. Le coefficient albuminique baisse sensiblement. L'étude des échanges albuminiques indique l'existence du processus de destruction des albumines dans l'organisme.

Le traitement par la narcose prolongée agit par la combinaison de l'action de l'anesthésique sur le système nerveux central et par les produits de transformation des albumines.

FRIBOURG-BLANC.

Physiologie des nerfs oculo-moteurs, par B. POMMÉ, Commandant, professeur au Val-de-Grâce, et J. DUGUET, Médecin-lieutenant, licencié es-sciences. *La Gazette des Hôpitaux*, nos 60 et 67, ann. 1935.

Revue générale étudiée d'une façon très systématique après un indispensable rappel anatomique. Six schémas éclairent le texte. Les nerfs extrinsèques et intrinsèques sont d'abord étudiés isolément. Après eux les mouvements des globes oculaires, leurs associations fonctionnelles si importantes, enfin les centres nerveux et leurs connexions. Etude qui montre l'étendue et l'intérêt d'une question neuro-physiologique en apparence spéciale et localisée.

M. LECONTE.

Physiologie du nerf pneumogastrique, par B. POMMÉ et J. DUGUET. *Questions médicales d'actualité*, juin et juillet 1935.

Cette nouvelle étude d'un nerf crânien par MM. Pommé et Duguet à qui nous devons par ailleurs celle du spinal qui la complète heureusement, celle du trijumeau et des nerfs moteurs de l'œil, par la façon rationnelle dont elle est exposée et le souci clinique qui l'anime, pose avec clarté et impartialité les problèmes touchant au vaste empire fonctionnel du pneumogastrique. Les auteurs y ont traité successivement les rapports du vague et du spinal, son action sur les appareils respiratoire, circulatoire et digestif, ses relations avec les glandes endocrines, en tenant compte des expériences fondamentales et des découvertes récentes. Elle sera utile à tous ceux qui désirent dans un minimum de temps se remémorer cette question si complexe ou s'en montrer particulièrement avertis à l'occasion d'un concours.

M. LECONTE.

De la signification du potentiel d'oxydation et de réduction en pathologie, par le Professeur M. SEREJSKIJ et S. SCHNERSON (*Nevropatologija, psichiatra, psichogigijena*. T. V, fasc. 7, 1936).

A l'aide d'une technique personnelle, les auteurs ont entrepris des recherches ayant pour but l'évaluation électrométrique du potentiel d'oxydation et de réduction de l'organisme : EH. L'étude qui s'étend sur plus de 400 examens permet d'affirmer que la méthode ouvre des perspectives nouvelles. Le potentiel d'oxydation et de réduction, par analogie avec le pH, a une valeur douée d'une certaine stabilité chez l'homme normal, susceptible de varier en plus ou en moins sous l'influence de certains processus pathologiques.

Appliquée à la psychiatrie, l'étude du EH apporte des moyens nouveaux de déceler l'origine somatique de certaines maladies psychiques. L'abaissement du potentiel EH indique l'abaissement des fonctions vitales de l'or-

ganisme. A la lumière de ces recherches, on découvre la possibilité de délimiter les affections organiques et fonctionnelles et, en particulier, de délimiter les formes légères de schizophrénie. Chez 80 schizophrènes, l'auteur constate l'abaissement du potentiel EH, accusé dans les formes graves et léger dans les formes atténuées. D'autres maladies psychiques d'origine organique (paralysie générale, artério-sclérose cérébrale et autres) marquent l'abaissement sensible du potentiel. Par contre, les désordres psychiques fonctionnels : la cyclothymie, les réactions psychogènes, les névroses traumatiques ont un potentiel voisin de la normale.

Cette méthode semble être appelée à fournir des indications précieuses comme moyen de diagnostic différentiel et comme contrôle des effets thérapeutiques. Elle peut également se montrer précieuse en expertises médico-légales.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude des altérations organiques dans la schizophrénie (Contribución al estudio de las alteraciones orgánicas en la esquizofrenia), par Emilio PELAZ. *Archivos de Neurobiología*. T. XV, n° 4, p. 457-504, 1933.

Les troubles physiques de la schizophrénie sont examinés par M. Pelaz du point de vue biologique. Il signale notamment des anomalies du liquide céphalo-rachidien et de la perméabilité méningée, l'hypocalcémie et les modifications de la cholestérinémie, de la calcémie, du suc gastrique, des constantes chimiques et cellulaires du sang. Aucune de ces anomalies n'a un caractère spécifique. Il n'y a pas non plus de syndrome biologique de la schizophrénie. Toutefois l'auteur estime que les recherches doivent être multipliées dans le même sens et que leurs résultats orienteront progressivement nos connaissances sur l'étiologie des états schizophréniques plus utilement que les tentatives de délimitation diagnostique.

P. CARRETTE.

Recherche sur la fonction hépatique dans la démence précoce, par GANNELLI et CAMPIONI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

Les auteurs, explorant la fonction hépatique des schizophrènes, ont noté des courbes amino-acidémiques très élevées, après surcharge de glycocolle. Cela prouve une insuffisance du foie conditionnée moins par un manque de capacité d'absorption que par un déficit de la capacité diamminante de cet organe. A cette capacité diamminante participe d'ailleurs aussi le tissu musculaire.

P. ABÉLY.

Au sujet du rôle physiopathologique du brome, par P.-A. CHATAGNON et C. CHATAGNON. *La Presse médicale*, n° 72, p. 1404-1406, 5 septembre 1936.

Le brome apparaît comme un constituant de la matière vivante et son rôle physiologique a été considéré par nombre d'auteurs après Zondek et Bier comme important dans certains syndromes mentaux. Cependant, sa diminution constante dans la psychose maniaque-dépressive n'est pas admise par les auteurs du présent travail. Ils ne considèrent pas non plus sa sécrétion par l'hypophyse comme un fait établi et contrôlable. Le brome ne remplacerait pas le chlore pour substituer son action à celle de celui-ci, mais aurait un comportement et une valeur analogues.

P. CARRETTE.

Le foie dans l'épilepsie. Etude de l'application du test de tolérance au lévulose (*The Liver in Epilepsy : A Study in the Application of the Lævulose Tolerance Test*), par Arthur GUNDHAM et A. W. PETTIT. *The Journal of Mental Science*, n° 337, p. 119-130, mars 1936.

L'examen du foie des épileptiques, pratiqué à l'autopsie, montre généralement une tendance à la dégénérescence graisseuse. Comme d'autre part, la crise comitiale est fréquemment considérée comme un choc hémoclasique avec modification de la formule leucocytaire, les auteurs ont tenté d'établir une relation entre ces notions qui laissent pressentir l'existence chez les épileptiques d'une insuffisance fonctionnelle du foie favorisant l'instabilité des humeurs. Ils ont appliqué à leur exploration le test de tolérance au lévulose par des ingestions suivies de dosages de la glycémie. Ils observent une baisse anormale du sucre dans le sang des épileptiques, mais les expériences pratiquées ne montrent jamais d'élévation anormale de la glycémie. Du point de vue particulier du test du lévulose on ne peut donc pas conclure à une baisse habituelle de l'activité fonctionnelle du foie dans l'épilepsie.

P. CARRETTE.

Les protéines du plasma dans l'épilepsie et leurs variations, par MARIO CONTINI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

L'auteur a étudié le comportement des protéines plasmatiques dans l'épilepsie. Il a remarqué qu'après l'accès on observe, d'une façon constante, un léger accroissement des valeurs de toutes les protéines, une légère diminution des globulines et toujours une augmentation des albumines proprement dites. On note toujours, après l'accès épileptique, une élévation considérable du quotient albumine/globuline, qui atteint parfois le double de la valeur qu'on avait observé pendant la période sans accès de la maladie. Il semble que les modifications de ce tableau protéique sont causées par l'action de matières spéciales apparues dans la circulation des malades après la crise comitiale.

P. ABÉLY.

Contribution à l'étude de la rapidité de sédimentation des globules rouges dans les maladies mentales, par Celso SANI (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, décembre 1936).

L'auteur a effectué ses recherches sur 215 sujets atteints de maladies mentales diverses. Ces recherches étaient faites à jeun et au repos.

L'augmentation de la vitesse de sédimentation des globules rouges a été particulièrement marquée : dans la démence précoce paranoïde, dans la paralysie générale à début récent, dans les psychoses affectives, dans les mélancolies involutives. Elle l'est moins dans la démence précoce hémiphrénique et catatonique, dans les psychoses séniles, chez les encéphalitiques et les alcooliques. Dans les autres cas, la vitesse de sédimentation était normale.

Il semble que dans les cas d'accélération, il faille accorder une importance causale à la diminution de valeur du quotient albumine/globuline et parallèlement à une augmentation du fibrogène et des globulines. Les causes qui déterminent les variations de ces protéines plasmatiques demeurent plus obscures.

P. ABÉLY.

Les xanthomatoses et le syndrome de dysostose avec diabète et exophtalmie (Xanthomatosis and the Syndrome of Diabetic Exopthalmic Dysostosis), par S. Bernard WORTIS, Abner WOLF et Cornelius G. DYKE. *The American Journal of Diseases of Children*, T. LI, p. 353-366, février 1936.

L'étiologie des xanthomatoses est inconnue. Elles apparaissent à tout âge, mais surtout chez les jeunes garçons. L'influence du trauma et des infections est douteuse. Les auteurs admettent plutôt l'existence d'un trouble congénital du métabolisme des lipoides. L'envasissement graisseux des os plats est insidieux ; la chute des dents, l'anémie, la polydipsie et la polyurie, l'exophtalmie, la dégénérescence fibreuse des poumons avec dyspnée et cyanose s'accompagnent d'hémorragies cutanées généralisées aboutissant à des papulo-pustules. Les 3 observations de cette présentation ne révèlent pas d'hypercholestérolémie et diffèrent peu des autres formes connues, surtout distinguées par leurs types variés de perturbations biologiques : dépôts de cholestérol dans la maladie de Schüller-Christian, de cérébro-lipoides dans la maladie de Gaucher, de graisses phosphorées, de lécithines dans les maladies de Niemann-Pick et de Tay-Sachs.

P. CARRETTE.

Les variations du calcium, du potassium et des globules blancs sous l'influence de l'insuline, par M^{me} H. JANKOWSKA. *Nowiny Psychiatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

Dans les chocs provoqués par l'insuline, qui sont de nature végétative et surtout parasympathique, le calcium tend à diminuer et atteint son minimum dans l'état de coma. Inversement, le potassium augmente dans la plupart des cas et surtout pendant le coma. Ces modifications répondent aux changements des électrolytes dans le sens parasympathique. La réaction leucocytaire a une apparence mixte parfois, mais elle est généralement de nature sympathique. Il semble que, dans le choc insulinique sous l'influence de la vagotonine, le système végétatif réagisse dans le sens vagotonique, mais parallèlement, on enregistre des manifestations sympathicotoniques des globules blancs qui peuvent être attribuées à l'action de l'adrénaline dont la sécrétion exagérée est due à l'action de l'insuline.

FRIBOURG-BLANC.

L'intérêt pratique de l'étude des variations du cholestérol sanguin au cours de la radiothérapie du corps thyroïde, par Max LÉVY et L. GALLY. *La Presse médicale*, n° 57, p. 1147-1151, 15 juillet 1936.

Le succès de la radiothérapie dans la maladie de Basedow dépend, pour une large part, des conditions physiologiques favorables qu'il faut apprécier avant l'application du traitement. La recherche du métabolisme basal a une importance admise actuellement par tous. MM. Lévy et Gally ajoutent à ce facteur de contrôle l'étude des variations du cholestérol sanguin. Ces variations aident à préciser la sensibilité du corps thyroïde vis-à-vis des rayons et à conduire le traitement avec plus de sûreté.

P. CARRETTE.

Syndromes vago-sympathiques et équilibre glycémique, par G. CARRIÈRE et P. J. GINESTE. *Biologie médicale*, T. XXVI, n° 2, p. 85-107, février 1936.

L'hyperglycémie accompagne l'hyperthyroïdisme clinique ou expérimental. Les épreuves de tolérance dans la maladie de Basedow ont montré une diminution pour le glucose et une augmentation pour l'insuline. Les auteurs admettent que le rôle direct, hormonal, de la thyroïde n'est pas démontré. Les modifications du métabolisme des glucides dans la maladie de Basedow seraient imputables, soit à l'association du syndrome sympathicotonique, soit à l'accélération des échanges attestée par l'augmentation du métabolisme basal.

P. CARRETTE.

Le métabolisme du sucre dans les états post-encéphalitiques, par V. PORTA et L. MONZEGLIO (*Rivista sperimentale di Frenatria*, septembre 1936).

L'hyperglycémie après ingestion de saccharose dans le parkinsonisme post-encéphalitique est exagérée, mais elle est suivie, peu de temps après, d'une hypoglycémie assez longue. Ceci prouve l'existence d'un déséquilibre neuro-végétatif, avec prédominance du tonus parosympathique. Le traitement par la belladone augmente la phase hyperglycémique mais diminue la phase hypoglycémique.

P. ABÉLY.

Le métabolisme des corps créatiniques dans le Parkinson post-encéphalitique, par V. PORTA et G. PELLICCIOLI (*Rivista sperimentale di Frenatria*, septembre 1936).

Dans le parkinson post-encéphalitique, on note habituellement de la créatinurie, proportionnelle d'ailleurs à l'intensité de l'hypertonie musculaire. Le traitement par la belladone, lorsqu'il agit sur le syndrome pallidal, diminue non seulement la créatinurie mais aussi, dans une certaine mesure, l'excrétion de la créatine. Ces effets manquent lorsque le traitement demeure sans modifications cliniques. Le métabolisme créatinique se montre étroitement lié aux échanges azotés.

P. ABÉLY.

Signification de l'examen de la perméabilité méningée d'après la méthode de Walter, par S. HRYNKIEWICZ. *Nowiny Psychiatryczne*, fasc. 1-IV, 1936.

De l'examen de la perméabilité de la barrière méningo-liquidienne et sanguine de 320 malades pratiqué par la méthode de Walter, Hryniewicz conclut que, dans l'état actuel de nos connaissances, cette épreuve ne peut pas être mise à profit en clinique dans un but diagnostique. Par contre, il semble que cette étude unie à celle de l'absorption du liquide céphalo-rachidien puisse éclaircir certaines questions non résolues ou obscures, telles que le rôle du liquide céphalo-rachidien, la répartition et les différences entre les barrières dans le système nerveux central.

FRIBOURG-BLANC.

Evolution des altérations du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques (Course of Changes in the Spinal Fluid of Syphillites), par Esbern LOMHOLT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Supplément XI, 1 vol., in-8°, 2 parties, 168 et 96 pages. Levin et Munksgaard éditeurs. Copenhague, 1936.

L'auteur a étudié systématiquement le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques aux diverses périodes. Dès la roséole, les modifications humorales sont décelables. Elles réapparaissent dans les phases latentes. Elles sont souvent fugaces. On ne peut les apprécier que par des ponctions répétées. Les altérations humorales coïncident avec l'apparition de signes méningés ou nerveux. Il n'y a pas d'exemples d'éclosion d'une syphilis du système nerveux central chez des sujets antérieurement indemnes de réaction céphalo-rachidienne. Cette réaction est du type dit syphilitique avec une constance particulière de la réaction de Wassermann. Dans 98 à 99 0/0 des examens elle est positive, aussi bien chez les infectés récents que chez les paralytiques. Si le liquide céphalo-rachidien est parfois touché dès l'accident primaire, il est à noter qu'il tend à se normaliser chez les sujets qui ont subi un traitement d'attaque abortif. Et ceci constitue une garantie relative pour l'avenir. La paralysie générale apparaîtrait en effet beaucoup, plus souvent chez des syphilitiques ayant présenté des signes secondaires abondants.

P. CARRETTE.

La réaction de Wassermann et la poliomyélite antérieure aiguë, par DEGETIS (*Archivos argentinos de Neurologia*, Vol. XV, n° 5-6, Décembre 1936).

L'auteur rappelle que pour Nicolas, de Lyon, 39 pour cent des séroréactions de Wassermann sont positives, indépendamment de la syphilis. La poliomyélite aiguë peut, comme bien d'autres maladies, s'accompagner d'une réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien. L'auteur en rapporte deux cas chez des enfants atteints d'un syndrome méningo-encéphalo-myélitique. Seules l'anamnèse et la clinique peuvent dans ces cas difficiles apporter une preuve décisive.

LAUZIER.

A propos des réactions de Wassermann dites positives dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de tumeurs du névraxe, par J. DESNEUX. *La Presse médicale*, n° 32, p. 655-656, 18 avril 1936.

Cet article est un essai de réfutation de l'affirmation de MM. Sézary et Terrasse qui admettent la possibilité de réactions de Wassermann positives dans le liquide céphalo-rachidien chez les malades indemnes de syphilis et atteints de tumeurs cérébro-médullaires. M. Desneux estime que le liquide méningé ne renfermant pas de complément et n'étant pas soumis au chauffage à 56°, les conditions techniques de la réaction de Wassermann ne sont pas strictement observées. Il importe donc de se méfier des interprétations abusives d'examens de laboratoire dont les méthodes sont encore insuffisamment standardisées.

P. CARRETTE.

Effets de l'épivan sodique sur la pression du liquide céphalo-rachidien (The Effect of Sodium Epivan on the Cerebro-Spinal Fluid Pressure), par E. N. BUTLER. *The Journal of Mental Science*, n° 337, p. 131-135, mars 1936.

L'utilisation croissante de l'épivan en solution sodique pour injections intraveineuses dans la pratique de l'anesthésie chirurgicale a incité à étudier avec plus d'attention ses propriétés pharmacodynamiques. On a noté la chute de l'amplitude respiratoire et de la pression systolique. M. Butler observe que l'épivan provoque un abaissement de la pression rachidienne et en tire les conclusions utilisables en thérapeutique neurologique.

P. CARRETTE.

Investigations sur le problème de l'immunité vis-à-vis du spirochète pâle chez les paralytiques généraux traités par la malaria (Investigations on the Problem of Immunity against *Spirochaeta Pallida* in General Paralytics Treated with Malaria), par A. BECK. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXII, n° 333, p. 251-262, mai 1936.

Le mécanisme d'action de la malaria dans la paralysie générale reste obscur. M. Beck se propose d'en tenter l'explication par l'étude des humeurs au contact du tréponème. Le sérum et le liquide céphalo-rachidien des sujets normaux et les impaludés ont un comportement identique ; absence d'agglutinines et d'anticorps. La possibilité d'immobilisation du microbe n'implique pas la perte de sa vitalité. On ne trouve pas non plus ni « spirochétocidines », ni substance capable d'élever la phagocytose. L'auteur conclut que le mécanisme de l'amélioration dans la paralysie générale n'est pas humoral, mais de nature cellulaire.

P. CARRETTE.

La réaction de Donaggio dans la psychose maniaque dépressive, par F. PERNIOLA (*Rivista sperimentale di Frenatria*, septembre 1936).

L'auteur, étudiant le « phénomène d'obstacle de Donaggio », le recherche pendant plusieurs mois chez des maniaco-dépressifs. La réaction est habituellement négative dans la phase de dépression, et nettement positive dans la phase d'excitation. Dans ce dernier cas, il se demande si la positivité n'est pas en rapport avec la fatigue musculaire ; néanmoins, il estime qu'il s'y ajoute beaucoup d'autres facteurs encore mal connus.

P. ABÉLY.

Etude du métabolisme basal chez les aliénés, par S. HRYNKIEWICZ. *Nowiny Psychiatryczne*, fasc. I-IV, 1936.

L'auteur se donne pour but d'élaborer une technique d'examen du métabolisme basal chez les aliénés. Pour écarter l'influence du processus psychique, il s'adresse à la narcose par l'épivan. Les investigations portent sur 50 sujets dont 26 atteints de schizophrénie. Le métabolisme chez les schizophrènes indique des écarts dans le sens de l'élévation et de l'abaissement des taux. L'interprétation de ces écarts est difficile. L'analyse des variations du métabolisme basal au repos suggère l'idée de l'existence d'un ou deux centres métaboliques spéciaux situés approximativement dans la substance grise autour du troisième ventricule.

FRIBOURG-BLANC.

Psychoses artificielles produites par la mescaline (Artificial Psychoses Produced by Mescaline), par ERICH GUTTMANN. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXII, n° 338, p. 203-221, mai 1936.

Les recherches expérimentales apportent un précieux concours à la pathologie en général. La psychiatrie est moins bien partagée. Les essais pharmacodynamiques sont ineffaces ou dangereux, d'un contrôle difficile. La mescaline, alcaloïde du Peyotl, substance bien définie chimiquement et réalisable par synthèse, constitue une exception intéressante. Elle a servi à de nombreuses tentatives expérimentales sur les malades et sur les observateurs eux-mêmes. Les manifestations sensorielles qu'elle provoque sont bien connues ainsi que ses troubles moteurs. Les Indiens utilisent ses propriétés anaphrodisiaques. La synthèse des recherches permet à M. Guttmann d'élargir les rapports des fonctions sensorielles avec la personnalité et ses modes de désintégration et fournit une contribution nouvelle à la compréhension de l'activité mentale des schizophrènes.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Contribution clinique à la puberté précoce (Contributo clinica alla pubertà precoca), par ANTOUINO TOMASSINO (Torino). *Neopsichiatria*, 1936, n° 2, p. 212 à 227.

L'auteur étudie un cas de maturité précoce chez une petite fille de 11 ans, ayant été atteinte d'encéphalopathie infantile à double étiologie hérédosyphilitique et traumatique. Il base en outre son étude pathogénique sur des signes radiologiques (hypoplasie sellaire et ossification des ligaments interclinoïdiens). Cette observation est précédée d'une brève revue générale sur la question et suivie de quelques indications bibliographiques.

Henri Ey.

Le syndrome adiposogénital des jeunes garçons et des adolescents, par E. APERT. *Le Monde médical*, n° 886, p. 857-862, 1-15 août 1936.

Les caractéristiques du syndrome adiposo-génital de l'enfance sont : l'obésité, l'atrophie génitale, l'anémie, l'asthénie. L'activité intellectuelle reste satisfaisante, ce qui distingue, avec l'absence de polyurie, le syndrome décrit du syndrome de Babinski-Fröhlich d'origine hypophysaire et d'apparition plus tardive. Le traitement de base est l'opothérapie thyroïdienne et testiculaire, également efficace chez la fillette, même si elle est déjà pubère.

P. CARRETTE.

Recherches sur la surcharge de l'appareil cardio-vasculaire dans l'hyperparathyroïdisme expérimental, par R. LERICHE, A. JUNG et S.-M. DUPERTUIS. *La Presse médicale*, n° 74, p. 1433-1436, 12 septembre 1936.

Les injections d'extraits parathyroïdiens destinées à créer expérimentalement une hyperparathyroïdie surchargent transitoirement le cœur et les artères en calcium. Les auteurs se demandent si, en clinique, les mêmes conditions dysendocriniennes ne sont pas à l'origine de certaines artériopathies et de certaines myocardites.

P. CARRETTE.

Les signes rénaux de l'hyperparathyroïdisme. Lithiase et pyélonéphrite, par R. LERICHE et A. JUNG. *La Presse médicale*, n° 41, p. 817-818, 20 mai 1936.

L'hyperfonctionnement des parathyroïdes implique une élimination calcique exagérée par les voies urinaires. Cette cause possible de lithiase et d'inflammation rénales n'a pas été suffisamment signalée. Elle doit inciter par ailleurs à la prudence dans l'administration des préparations calciques chez les hyperparathyroïdiens.

P. CARRETTE.

Parathyroïdes et diabète, par JEAN OLMER et JEAN E. PAILLAS. *La Presse médicale*, n° 73, p. 1418-1421, 9 septembre 1936.

L'injection de parathormone abaisse le taux de la glycémie, mais ce résultat ne peut être obtenu que par l'intermédiaire du pancréas. L'hyperphasie langerhansienne, sous l'action de la parathyroïde, a été observée chez l'animal. Les auteurs y voient la possibilité d'un traitement de certaines formes de diabète.

P. CARRETTE.

Oreille et parathyroïde, par A. MALHERBE. *La Presse médicale*, n° 77, p. 1484-1486, 23 septembre 1936.

L'otite ostéo-spongieuse est une affection qui peut frapper des sujets jeunes et aboutir à la surdité après une phase de vertiges, de douleurs et de perceptions anormales. Elle est le résultat de troubles du métabolisme calcique par altération parathyroïdienne et justiciable de l'opothérapie correspondante.

P. CARRETTE.

Recherches nouvelles sur l'hyperthyroïdisme, par JULES BAUER. *La Presse médicale*, n° 11, p. 209-211, 5 février 1936.

L'auteur attire l'attention sur les troubles d'allure basedowienne sans augmentation du métabolisme basal, sur la nécessité fréquente de l'intervention chirurgicale dans les cas graves et dans les formes à adénomes toxiques qui résistent aux traitements médicaux, sur les neuro-thyréoses consécutives à une encéphalite ou à tout autre cause de désordre végétatif, enfin sur les synergies fonctionnelles qui jouent en particulier à l'âge critique où l'hyperthyroïdisme peut résulter de l'excitation des fonctions hypophysaires.

P. CARRETTE.

Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire, par HENRI STÉVENIN et FÉLIX FRANCHÉL. *Le Monde médical*, n° 881, p. 649-656, 15 avril 1936.

Contrairement à une opinion répandue, MM. Stévenin et Franchel montrent par des arguments cliniques, anatomiques et biologiques que l'hyperthyroïdie n'est pas plus fréquente chez les tuberculeux que chez les autres malades. Le métabolisme basal des tuberculeux pulmonaires est normal en dehors de l'association avec la maladie de Basedow et il ne subit pas de poussées au cours des périodes évolutives de bacillose. Les deux

affections, loin de s'associer, se comporteraient plutôt comme des antagonistes du point de vue clinique.

P. CARRETTE.

Aspects psychiatriques du myxœdème (Psychiatric Aspects of Myxedema), par Andrew J. E. AKELAITIS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIII, n° 1, p. 22-36, juin 1936.

Le myxœdème, non compliqué de psychose, s'accompagne de dispositions mentales caractérisées par le ralentissement psycho-moteur et la fatigabilité, compliquées de dépression et d'irritabilité quand le malade est capable de prendre conscience de cet état. Quelques observations recueillies par M. Akelaitis révèlent l'existence dans le myxœdème de stupeur, de confusion, de troubles du type dysergastie (délire hallucinatoire) avec désorientation et troubles sensoriels engendrant un délire non systématisé ; elles confirment la prédisposition créée par le myxœdème et l'influence favorable de la thyroïde administrée avec circonspection.

P. CARRETTE.

Le cœur des myxœdémateux, par E. AZÉRAD et J. FACQUET. *Le Monde médical*, n° 882, p. 687-691, 1^{er} mai 1936.

L'insuffisance cardiaque est habituelle dans l'hypothyroïdie. Elle est sans doute la conséquence de la surcharge circulatoire due à l'inflation générale des tissus. L'hyposystolie et les crises angineuses peuvent être déclenchées par le traitement thyroïdien. On ne saurait examiner avec trop de soins le système cardio-vasculaire des myxœdémateux avant de prescrire la médication opothérapique.

P. CARRETTE.

Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Graves, par Israël BRAM. *The American Journal of Psychiatry*, T. LXXXXII, n° 5, 1077-1094, mars 1936.

L'enquête de M. Bram porte sur 5.000 cas de goitre exophtalmique et 90 % des cas présentent une nette histoire de trauma psychique précédant l'éclosion de la maladie. Les 500 observations qui restent renferment trois groupes d'importance numérique presque égale : dans le premier, l'étiologie est liée à un état infectieux ; le deuxième comprend les maladies provoquées par l'ingestion d'iode et d'extraits thyroïdiens en vue d'une cure de l'obésité ; enfin une dernière catégorie renferme les cas de cause inconnue.

L'importance de la constitution émotive et de la prédisposition aux chocs psychiques implique l'intervention, plus ou moins directe, des centres cérébraux supérieurs dans l'étiologie du syndrome de Graves.

P. CARRETTE.

Le syndrome endocrino-hépatocardiaque, par L. DE GENNES, J. DELARUE et R. DE VÉRICOURT. *La Presse médicale*, n° 20, p. 377-381, 7 mars 1936.

L'hépatite pigmentaire avec défaillance cardiaque est une affection grave. L'examen anatomique montre une participation importante des glandes endocrines. Elle est souvent révélée d'emblée dans le tableau clinique et

les auteurs supposent que la dégénérescence glandulaire est à la base du syndrome décrit. L'intoxication produite par les altérations de la thyroïde, du pancréas, des surrénales et les glandes génitales entraîne nécessairement la cirrhose hépatique, mais le fait nouveau qui mérite d'être signalé c'est l'action élective des dysendocrinies sur le muscle cardiaque.

P. CARRETTE.

Diabète bronzé avec infantilisme tardif (Syndrome hépato-pancréato-génital), par M. LABBÉ, R. BOULIN et P. UHRY. *La Presse médicale*, n° 27, p. 537-539, 1^{er} avril 1936.

A la triade classique : cirrhose du foie, mélaudermie, glycosurie s'ajoutent des troubles intéressant les organes génitaux et les phanères et rappelant l'infantilisme tardif de Gandy. On ne voit pas de relation de causes à effets dans cette association morbide, mais plutôt un cas de syndrome pluriglandulaire ; aux lésions hépatiques et pancréatiques s'ajoutant l'atrophie génitale et peut-être l'insuffisance thyroïdienne.

P. CARRETTE.

Sur l'action hypoglycémiante de l'extrait testiculaire dans le diabète, par Lucien CORNIL et Jean E. PAILLAS. *La Presse médicale*, n° 27, p. 539-543, 1^{er} avril 1936.

Les troubles fonctionnels orchitiques des diabétiques s'accordent avec les résultats expérimentaux qui tendent à établir une interaction testiculo-pancréatique. Ces notions ont été appliquées utilement dans le traitement du diabète par les injections d'extrait testiculaire.

P. CARRETTE.

Etude d'un cas de dystrophie musculaire neuro-endocrinienne (Myotonie atrophique), par Henri CLAUDE, F. COSTE et J. FAUVET. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 1, p. 22-34, juillet 1936.

Il est intéressant de multiplier les présentations de myotonie atrophique, forme curieuse de myopathie associée à des dystrophies neuro-endocriniennes, car l'étiologie en reste ignorée. Les auteurs décrivent un cas de maladie de Steinert. Les troubles psychiques sont importants. Les manifestations endocriniennes prédominantes concernent l'hypophyse, mais il est difficile d'établir si les symptômes proviennent d'une altération glandulaire ou d'une lésion des centres sympathiques du diencephale.

P. CARRETTE.

Les insuffisances surrénales légères, par STÉVENIN. *Le Progrès médical*, n° 39, p. 1485-1491, 26 septembre 1936.

Le syndrome de l'insuffisance surrénale légère est caractérisé par l'asthénie, la dyspepsie et l'entérite, la vagotonie et des tendances névropathiques. L'application judicieuse du traitement par l'adrénaline et les extraits surrénaux rend au malade la possibilité de reprendre une vie normale. L'association fréquente de l'insuffisance thyroïdienne doit être contrôlée par la recherche du métabolisme basal et corrigée si besoin est par l'opothérapie.

P. CARRETTE.

Surrénalite hémorragique aiguë. Syndrome de Waterhouse-Friderichsen, par E. RUTISHAUSER et H. BARBEY. *La Presse médicale*, n° 34, p. 710-712, 25 avril 1936.

Le syndrome de Waterhouse-Friderichsen est une forme de septicémie à méningocoques d'un diagnostic difficile. C'est plutôt un épisode terminal, sans traitement possible. Il évolue en 2 ou 3 jours. Après une asthénie brutale et profonde, le coma apparaît et un purpura généralisé précède la mort. Des facteurs constitutionnels jouent sans doute un rôle important. L'affection atteint de tout jeunes enfants débilités. Les lésions vasculaires microscopiques des surrénales se retrouvent généralement dans le foie, les reins, parfois les poumons. Le méningocoque est décelé dans les humeurs.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la neuro-syphilis par le sodoku, par G. E. A. ROTHSTRÖM. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XI, fasc. 4, p. 615-627, 1936.

Depuis l'introduction de la malaria dans le traitement de la paralysie générale, M. Rothström observe que les asiles sont encombrés de déments florides, inconnus autrefois, destinés à rester pendant des années à la charge de l'Etat. Certes, l'impaludation a amélioré le sort des paralytiques. Elle leur a souvent rendu la santé physique. Elle les a libérés de l'atteinte profonde et progressive de la syphilis cérébro-spinale pour les fixer dans un état de déchéance intellectuelle irrémédiable. Sans doute manque-t-il au traitement une spécificité relative due à l'action d'un agent biologiquement voisin du tréponème. Cette similitude, le sodoku la réalise. Le « spirocheta morsus muris », qui provoque la fièvre japonaise, est transmis par la salive des rongeurs. La souris blanche de laboratoire fournit l'intermédiaire indispensable à l'inoculation thérapeutique. Après l'injection intraveineuse, une incubation de 6 à 10 jours précède une première période fébrile de 3 ou 4 jours, dont l'intensité dépend de la dose de sang injectée. Puis un intervalle de 4 ou 5 jours est suivi d'une nouvelle poussée. Bientôt peuvent apparaître des éléments éruptifs et des adénopathies. 6 accès suffisent souvent. On les coupe alors rapidement par le novarsénobenzol, qu'il est recommandé de poursuivre ensuite par une cure complète. Les résultats ne sont pas, dans l'ensemble, meilleurs que ceux de l'impaludation, et cependant le Sodoku est utile. Il complète les effets de la malariathérapie et peut transformer un succès relatif en guérison sociale.

P. CARRETTE.

Conceptions nouvelles de l'hystérie et son traitement, par J. BOISSEAU. *La Presse médicale*, n° 71, p. 1387-1390, 2 septembre 1936.

Les contributions récentes à l'étude de l'hystérie indiquent plusieurs tendances contradictoires qu'on peut résumer ainsi : il y a les partisans de l'extension du syndrome, qui n'hésitent pas à faire de larges appropriations dans le domaine neurologique ; il y a des psychopathologistes convaincus, limitant leur théorie au domaine de la constitution et des phénomènes psy-

chologiques qui s'y rattachent ; enfin, les médecins qui cherchent en vain dans l'hystérie les caractères de tout état pathologique et préfèrent supprimer un cadre nosologique qui leur paraît vide d'éléments positifs. M. Boisseau se rallie à la conception de Babinski. L'hystérie pure, c'est le pithiatisme. Il peut s'ajouter des complications neurologiques. Dès lors, on attend de l'auteur une distinction avec la simulation. Problème délicat qu'il évite d'abord, le réservant par des études ultérieures. Evidemment, l'accident pithiatique sera traité par la méthode forte, généralement avec succès, mais l'hystérie elle-même sera plus résistante et exigera une psychothérapie adroite.

P. CARRETTE.

Étude de l'action des bromures dans l'épilepsie clinique et expérimentale (A Study of the Action of Bromides in Clinical and Experimental Epilepsy), par Benjamin BOSNES. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIII, n° 4, p. 390-404, avril 1936.

L'ion brome remplace l'ion chlore dans le sang des animaux en expérience. Une forte concentration est nécessaire ; elle ne produit pas de désordres tant que le taux du brome cérébral reste faible par rapport à celui du sang. L'ion chlore n'est pas épiléptogène, mais l'état d'hypo-chloruration simple n'est pas davantage préventif des accès convulsifs.

P. CARRETTE.

L'hématoporphyrine dans le traitement de la mélancolie et de la dépression endogène (The Hematoporphyrin Treatment of Melancholia and Endogenous Depression), par J. HUEHNERFELD. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 6, p. 1323-1330, mai 1936.

Ce sont les mélancolies et les dépressions où dominent les symptômes d'inhibition qui répondent le mieux à la cure d'hématoporphyrine. L'auteur signale de nombreux échecs dans les formes agitées et anxieuses d'involution, dans les cas complexes avec hallucinations. Pour tenter une justification du traitement, il propose de classer les états dépressifs d'après leur syndrome somatique et les troubles physiopathiques associés. Leur mode de réaction à l'hématoporphyrine en recevrait une explication qui permettrait sans doute de modifier les résistances de l'organisme par une thérapeutique compensatrice ou modificatrice.

P. CARRETTE.

Valeur du traitement insulínique chez les malades mentaux en état de dénutrition (The Value of Insulin Treatment in Undernourished Psychiatric Patients), par A. E. BENNETT et Elvin V. SEMRAD. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 6, p. 1425-1431, mai 1936.

Les auteurs utilisent l'insulinothérapie avec prudence ; ils ne recherchent pas le choc des doses fortes. Ils essayent d'améliorer l'état général de leurs malades et considèrent leur procédé comme un adjuvant. Dans deux séries de cas comparables, ils ont observé que l'insuline rend le malade plus accessible aux autres traitements et écourte la convalescence.

P. CARRETTE.

Sur le mécanisme et le traitement du coma diabétique, par H. CHABANIER, C. LOBO-ONEILL et E. LELU. *La Presse médicale*, n° 72, p. 1401-1403, 5 septembre 1936.

On admet aujourd'hui que le coma diabétique apparaît avec l'invasion de l'organisme par les cétones et qu'il est la conséquence de l'acidose. Le traitement préconisé est l'insuline. Toutefois, les auteurs observent qu'elle ne suffit pas quand les reins sont bloqués et ils prescrivent les injections intraveineuses de sérum salé associées à l'adrénaline contre l'hypotension artérielle.

P. CARRETTE.

Le traitement des convulsions chez les enfants (The Treatment of Convulsions in Children), par G. PETERMAN. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 6, p. 1433-1438, mai 1936.

Chez l'enfant très jeune, les facteurs nombreux d'infection et la fragilité du cerveau multiplient les causes des convulsions. Plus tard, à part quelques cas de spasmodie, de tétanie, de séquelles de traumatismes crâniens, c'est l'épilepsie dite idiopathique qui résume la grande majorité des états convulsifs. M. Peterman estime que l'association de la diète cétogène, de la déshydratation et du traitement par le phénobarbital permet de contrôler l'épilepsie quand les modalités en sont judicieusement appliquées.

P. CARRETTE.

Le traitement de l'hyperthyroïdisme doit-il être médical ou chirurgical ? (El tratamiento del hipertiroidismo debe ser médico o quirúrgico ?) par FRANCISCO SALAMEO. *Revista medica de Barcelona*, T. XXV, n° 146, p. 136-142, février 1936.

L'auteur est franchement opposé, dans la grande majorité des cas, aux interventions chirurgicales dans l'hyperthyroïdisme. L'iode, le fluor, les extraits glandulaires et dérivés, la physiothérapie, judicieusement employés, prolongés, doivent permettre une cure rationnelle. Toutefois, des goitres toxiques à tendances compressives sont justiciables de la thyroïdectomie partielle bilatérale. Si l'intervention s'impose, elle ne saurait suppléer aux indications médicales ; pré et post-opératoires, elles restent indispensables pour rétablir et maintenir l'équilibre physiologique compromis.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Responsabilité familiale des délits commis par les aliénés (La Responsabilidad familiar en los delitos cometidos por alienados), par OSEAR RODRIGUEZ. *Revista de la Asociación medica argentina*, T. XLIX, n° 360, juillet 1936.

La prophylaxie mentale et la protection sociale n'ont pas prévu la responsabilité légale de l'entourage des aliénés. C'est une lacune qu'un texte de loi devrait combler. La demande d'assistance serait formulée comme toute demande de placement. Elle s'appliquerait également à l'aliéné guéri et libéré, atteint de rechute d'une psychose intermittente, d'alcoolisme ou de paralysie générale en rémission par exemple. Pourquoi ne pas y ajouter les risques courus par l'aliéné lui-même et menacer de sanction la sortie prématurée d'un mélancolique à idée de suicide ?

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 février 1938*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 février 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MARS, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 10 mars 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de mars de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mars 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le Dr Georges PETIT, Médecin-Chef à la Maison de Santé départementale de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Légion d'Honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur* :

M. le Dr Georges VERNET, Médecin-Directeur honoraire de l'Hôpital psychiatrique de Bourges (Cher).

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Conférence des Psychanalystes de langue française

La 10^e Conférence des Psychanalystes de Langue Française se réunira à Paris, les 21 et 22 février 1938, à 9 heures du matin, à l'Asile-clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis (à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine).

Le sujet traité sera le *Masochisme*. Rapporteurs : M. le D^r S. NACHT et M. le D R. LÖWENSTEIN. Secrétaire : M. Marc SCHLUMBERGER.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 55.956

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LES TROUBLES DE LA SENSIBILITÉ A LA DOULEUR DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

PAR

R. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT



Plusieurs auteurs considèrent les troubles de la sensibilité, dite objective, comme fréquents dans la paralysie générale. Toutefois, l'existence de ces troubles, et surtout leur intensité, sont souvent difficiles à contrôler et sujettes à caution en raison des perturbations de l'intelligence et plus particulièrement en raison de la suggestibilité, de l'approbativité, du déficit de l'attention et de l'indolence des malades.

Déjà, en 1879, Voisin a signalé l'anosmie unilatérale ou bilatérale comme symptôme précoce dans certains cas de paralysie générale. Après lui, Martinès, Toulouse et Vaschide ont trouvé de l'anosmie et une hypoguesie concomitante aux diverses époques de la maladie de Bayle.

En particulier, les troubles de la sensibilité générale et sur-

(1) Travail de la Clinique psychiatrique de l'Université de Gand.

tout la diminution de la sensibilité cutanée à ses différents modes, ont été signalés comme des symptômes fréquents. En général, cependant, c'est surtout l'insensibilité à la douleur qui frappe le plus l'examineur. N'observons-nous pas régulièrement l'indifférence de nombreux malades à la ponction veineuse ou lombaire et les cas d'automutilation par trichotillomanie, écorchures profondes, arrachement d'ongles, et même émasculaton, éventration, etc..., ne sont-ils pas très connus ? L'hypo- ou l'analgésie du paralytique général est considéré par nous tous donc comme un symptôme banal. Quand on parcourt la littérature, on est frappé cependant par la grande pauvreté et l'imprécision des renseignements sur la question.

En 1896, Woskresenski (1) publia une étude systématique de la sensibilité cutanée, faite chez sept sujets normaux et cinq sujets atteints de paralysie générale. Pour l'examen de la sensibilité tactile et de la sensibilité algique, l'auteur russe utilisa le mécano-esthésiomètre de Koulbune. Il trouva, chez les deux premiers sujets paralytiques généraux, un affaiblissement des sensibilités au tact et à la douleur sur tout le corps, avec prédominance cependant aux membres inférieurs. La sensibilité thermique était diminuée sur le tronc et les extrémités. Chez le troisième sujet malade, les sensibilités tactiles et algiques étaient diminuées à la figure et aux jambes, normales aux parties du corps. La sensibilité électrique était fortement diminuée au niveau des pieds. Chez le quatrième malade, atteint de paralysie générale, l'affaiblissement de la sensibilité tactile était plus prononcé que celui de la sensibilité algique. Enfin, chez le cinquième malade, des régions d'hypersensibilité alternaient avec des régions de sensibilité normale ou d'hypo-sensibilité parfois très marquée.

Briand et Iscovesco, Arnoldi et Pérugia, Kéraval et Laurent, cités par E. Régis, ont constaté l'existence, en proportion variable, du signe de Biernacki (analgésie du cubital à la pression). Pactet et Bonhomme signalent, entre autres, une analgésie osseuse, tendineuse et oculaire existant surtout dans les cas d'association tabétoparalytique.

Les auteurs classiques admettent, en général, que l'affaiblissement ou l'abolition de la sensibilité algésique sont plus fréquents et plus évidents que les troubles d'autres modes de sensibilité. La plupart des auteurs rattachent l'hypo- et l'analgésie du paralytique général surtout à des troubles mentaux : déficit de

(1) Nous remercions vivement le Docteur R. Kaufmann qui a eu la grande amabilité de traduire pour nous du russe, le travail très détaillé de Woskresenski.

l'aperception, obtusion, indifférence, indolence du malade. D'autres auteurs, tels que A. Bostroem, J. Lange, font intervenir, dans beaucoup de cas, un facteur neurologique. Ce dernier auteur admet que, chez la plupart des malades, une combinaison de facteurs psychiques et de facteurs organiques préside à leur analgésie. Piltz, cité par Kræpelin, déclare avoir trouvé que, généralement, une bande circulaire autour du cou, une bande en ceinture au niveau du tronc et la face postérieure de la cuisse restent sensibles à la douleur.

*
**

Désireux de faire l'étude des réactions cardiovasculaires aux excitations douloureuses chez les paralytiques généraux, et en particulier chez ceux atteints d'hypo- et d'analgésie, nous avons été obligés, en raison de la pauvreté des documents sur la question, de procéder à une étude systématique préalable qui nous a permis de constater une série de faits inédits.

Ces recherches offrent en outre un certain intérêt, du fait qu'à la suite de la malariathérapie, la plupart de nos sujets ne correspondent pas au type classique de la paralysie générale. Il est vrai que ce fait ne permet pas de confronter en tous points nos constatations avec celles signalées par certains auteurs. Il présente cependant l'avantage d'offrir à l'expérience des cas plutôt stabilisés, non agités et souvent moins troublés au point de vue intellectuel.

Nous avons effectué nos recherches sur tous les paralytiques généraux de l'Institut Guislain, de l'Institut de Selzaete, de l'Institut Caritas de Melle et de la Policlinique Universitaire de Gand. Aussi tenons-nous à exprimer ici notre gratitude toute particulière aux D^{rs} Muyle, Van Acker et P. Verstraeten, pour l'aimable collaboration que nous avons trouvée chez eux.

Nos recherches ont porté sur 103 cas de paralysie générale cliniquement avérée et contrôlée par les résultats de la ponction lombaire. Ce nombre est composé de 17 malades dont la sensibilité générale à tous les modes a pu être examinée avant le traitement, de 85 patients traités par la malaria depuis au moins plusieurs mois et de 1 cas de paralysie générale infantile malarisée. En dehors de l'examen mental des malades effectué par les confrères qui les ont mis à notre disposition ou par nous-mêmes, l'état neurologique de tous les sujets a été exploré systématiquement au cours de notre premier examen de leur sensibilité. Celui-ci a consisté dans l'étude de la sensibilité cutanée à tous les

modes et de la sensibilité algésique profonde. Cette exploration a été faite, pour la sensibilité tactile simple, à l'aide d'une petite touffe d'ouate, pour la discrimination tactile à l'aide de la tête et de la pointe d'une épingle légèrement appliquées, pour le sens thermique, à l'aide d'éprouvettes remplies d'eau chaude ou d'eau froide. La sensibilité à la douleur a été explorée par la pointe de l'aiguille enfoncée dans la peau, par le pincement de la peau à l'aide d'une pince de Péan fermée plus ou moins complètement d'après la sensibilité du sujet, par la forcipression sur l'extrémité du petit doigt (sensibilité profonde), entre deux petites surfaces métalliques d'un appareil à levier réglable par des poids, et chez de nombreux cas, par le pincement de la masse musculaire du mollet et parfois par une pression progressive exercée sur le testicule (Viscéralgie). Les excitations eutanées douloureuses ou autres ont été exercées sur le tronc et les membres, et surtout à la nuque et au niveau de la pulpe de l'index.

Environ la moitié de nos sujets ont pu être réexaminés de 15 en 15 jours durant une période de 4 à 6 mois.

Ces recherches nous ont permis d'envisager toute une série de questions, dont nous en traiterons quelques-unes dans le présent travail :

1) Avec quelle fréquence rencontrons-nous, chez nos malades, une diminution ou une absence de la sensibilité à la douleur ?

La détermination de l'acuité d'un mode de sensibilité (établissement du seuil de sensibilité) suppose, chez le sujet, l'intégrité de sa capacité de concentration aperceptive. Or, chez aucun de nos sujets, nous n'avons constaté une intégrité mentale complète. Il est dès lors impossible de baser le degré de sensibilité algésique sur les seules réponses verbales. Chez tous les cas où la déchéance mentale était peu prononcée, nous avons tenu compte à la fois des déclarations et des réactions mimiques du patient. Chez les autres malades, nous avons dû nous contenter de la présence ou de l'absence de réactions mimiques pour conclure à l'existence ou à la perte de la perception de douleur pour une excitation d'intensité déterminée. Seuls les cas où des excitations déjà nettement douloureuses restaient sans riposte ont été considérés comme atteints d'hypoalgésie. Nous ne nous sommes permis de conclure à de l'absence complète de sensibilité à la douleur que dans les cas où des excitations très intenses et certainement intolérables pour un sujet normal laissaient le patient totalement indifférent.

Nous n'avons pas constaté de diminution de la sensibilité à la

douleur chez l'enfant paralytique. Sur les 102 malades adultes, 76 présentent une diminution plus ou moins importante ou une abolition de la sensibilité qui nous occupe. Les patients qui présentent une hypoalgésie ne se montrent souvent pas également troublés pour les différents modes d'excitation algésique (piqûre, pincement de la peau, foreipression profonde). En outre, pour un même mode algésique, ils manifestent assez souvent un affaiblissement de leur sensibilité inégal d'après la région, eutanée ou profonde, soumise à l'examen, ou d'après les différentes dates d'examen. Ainsi, nous avons observé que nombre de sujets réagissent plus à la piquûre au doigt qu'à celle provoquée à la nuque ; de même, beaucoup de patients se montrent beaucoup moins sensibles à la foreipression, même intense, exercée sur l'extrémité du doigt qu'à une simple piquûre d'épingle. Enfin, nous avons observé que des sujets, presque complètement insensibles à un premier examen, l'étaient souvent beaucoup moins et parfois même plus du tout au cours d'examens ultérieurs.

Ces constatations nous semblent très importantes au point de vue psychologique et au point de vue psychopathologique plus général. Elles évoquent, en effet, sur un plan tout à fait différent, la question de la dissociation psychophysiologique et anatomique de la sensibilité à la douleur suivant les modes d'excitation, question qui a été soulevée par Becker, Schriever, Zotterman, Adrian, Piéron, et la question de l'instabilité de l'analgésie d'origine psychique (hystérie). Pour ces motifs, nous nous proposons de traiter ces questions plus en détail dans des études ultérieures.

Sur les 17 cas examinés avant la malarithérapie, 8 présentaient une diminution de la sensibilité algésique dont l'importance variait, le plus souvent, suivant les modes d'excitation. Aucun des sujets ne se montrait atteint d'insensibilité complète.

Des 85 patients malarisés et plus ou moins stabilisés dans leur état déficitaire, 65 présentaient une diminution de leur sensibilité à la douleur souvent variable d'après les modes d'excitation. Seulement 3 sujets accusaient une analgésie complète ; cette dernière n'est d'ailleurs restée complète, au cours des différents examens, que chez un seul malade.

Bien que le nombre des patients non malarisés soit plutôt restreint, on est frappé par la proportion des troubles algésiques bien plus importante chez les patients malarisés (80 0/0). Il va sans dire que cette constatation ne peut être mise sur le compte du traitement, mais semble devoir être attribuée au fait que le groupe de nos sujets malarisés est constitué, en très grande partie, par les cas moins favorables, c'est-à-dire par ceux qui ont

le moins bien répondu à la pyrétothérapie. Ces recherches, en effet, ont été effectuées dans des instituts dont les malades, sensiblement améliorés ou socialement rétablis, ont pu rejoindre leur famille.

Dans l'ensemble, la fréquence des troubles de la sensibilité algésique est d'une importance approximativement égale pour les deux sexes.

Certains auteurs ont signalé, chez certains paralytiques généraux, de l'hypersensibilité douloureuse. Nous avons, il est vrai, trouvé chez certains de nos sujets une réactivité mimique et de défense anormalement vive aux excitations douloureuses. Nous pensons cependant qu'il est impossible de déterminer s'il s'agit là d'une hyperalgésie proprement dite ou plutôt simplement de cette incontinence émotionnelle rencontrée si souvent dans la déchéance mentale. Pour élucider cette question, il faudrait pouvoir déterminer, chez chacun de ces sujets, le seuil de la sensibilité douloureuse, ce qui, pour les motifs cités plus haut, est irréalisable chez les paralytiques généraux.

Existe-t-il un rapport entre l'état des réflexes tendineux et les troubles de la sensibilité douloureuse ?

Sur les 103 sujets examinés, 21 malades présentaient une abolition ou tout au moins une diminution marquée des réflexes patellaires et achilléens ou des achilléens seuls.

Dans ce premier groupe de malades, 18, soit 86 0/0, présentaient une diminution évidente de la sensibilité douloureuse ; à remarquer cependant que presque tous les malades de ce premier groupe avaient les réflexes tendineux des membres supérieurs normaux ou même vifs.

82 sujets avaient des réflexes tendineux des membres inférieurs moyens ou vifs ; dans ce second groupe, 71 0/0 étaient atteints d'une diminution ou d'une abolition de la sensibilité à la douleur.

A première vue, ces proportions différentes plaident en faveur de l'intervention de facteurs neurologiques, et plus particulièrement d'une atteinte des racines ou des cordons postérieurs. Toutefois, le nombre des sujets de notre premier groupe est trop faible pour permettre une comparaison rigoureuse entre les deux pourcentages qui, d'ailleurs, pour ce qui concerne les cas d'hypoalgésie, sont élevés de part et d'autre.

En outre, les sujets du premier groupe, présentant des troubles de la sensibilité algésique, avaient presque tous des réflexes tendineux normaux ou vifs aux membres supérieurs, alors que les

troubles sensitifs étaient précisément aussi prononcés au cou, aux bras et aux doigts, qu'aux membres inférieurs.

Ce second fait nous permet de penser qu'il n'existe pas de rapport entre les troubles réflexes précités et les troubles de la sensibilité.

Existe-t-il un rapport entre les troubles éventuels de la sensibilité tactile et thermique, d'une part, et les troubles de la sensibilité douloureuse, d'autre part ?

Cette question n'a pu être envisagée que pour les malades chez lesquels l'état mental permettait encore un examen objectif de la sensibilité cutanée à ces différents modes.

Ceux-ci étaient au nombre de 66. Contrairement aux constatations de Woskresenski, chez aucun de ces sujets, nous n'avons pu déceler une anomalie des sensibilités cutanées non douloureuses. En raison de cette constatation, la question du rapport mentionné ici ne peut donc pas être envisagée.

Cette même constatation met cependant un double fait en relief : dans le groupe des patients capables d'être examinés au point de vue de leur sensibilité tactile et thermique, aucun ne présentait une diminution appréciable de ces deux modes sensitifs, alors que, parmi eux, 46, soit 69,5 0/0, étaient atteints d'une diminution évidente de leur sensibilité douloureuse. Nous pouvons en déduire que les sensibilités tactile et thermique ne sont pas atteintes dans les cas où l'on peut encore vérifier ces fonctions sensitives et que l'hypo- ou l'analgésie constituent un trouble sensitif nettement électif dans la paralysie générale. Remarquons, en outre, que, sur les 3 cas d'analgésie complète, 2 étaient à même d'être examinés au point de vue sensitif et présentaient une intégrité tactile et thermique.

Nous voulons envisager ici une dernière question ; c'est celle de savoir s'il existe un rapport entre la diminution ou l'absence de la sensibilité douloureuse et le degré de perturbation ou de déchéance mentale globales.

Les sujets chez lesquels nous avons pu explorer les sensibilités thermique et tactile constituent le groupe qui, dans son ensemble, est le moins atteint au point de vue mental. Or, nous trouvons chez eux 69,5 0/0 de cas d'hypo- ou d'analgésie, alors que le groupe des patients moins conscients, moins lucides, totalement incapables d'apercception, présente 81 0/0 de sujets troublés dans leur sensibilité algésique. La proportion de sujets hypo- ou analgésiques est donc un peu plus forte chez les sujets mentalement

plus atteints que chez les autres. Cette légère différence ne permet tout de même pas de conclure que l'importance de la perturbation ou de la déchéance mentales considérées globalement conditionne l'existence ou le degré des troubles algésiques dans la paralysie générale. En effet, en dehors du fait que le pourcentage des malades atteints dans leur sensibilité douloureuse est encore très important dans le groupe des patients, psychiquement moins déficients, nous avons rencontré des troubles algésiques même très marqués chez des sujets mentalement peu déficients. Même deux de nos trois malades complètement analgésiques se trouvaient parmi les malades les moins atteints.

Il n'existe donc qu'un rapport aléatoire entre l'existence des troubles de la sensibilité douloureuse et l'importance des troubles psychiques dans leur ensemble.

Il existe cependant plusieurs motifs qui poussent à croire que l'hypo- et l'analgésie des paralytiques généraux sont l'expression immédiate de troubles psychiques : entre autres l'absence de relation entre des anomalies périphériques ou médullaires d'une part, et la fréquence et le degré de l'hypo- ou de l'analgésie d'autre part, et ensuite, et surtout, l'instabilité et souvent la tendance à la disparition, parfois très rapide, des troubles algésiques sous l'influence d'examens répétés.

La détermination plus précise des perturbations psychiques qui conditionnent, d'une façon plus particulière, la diminution ou l'absence de la sensibilité à la douleur, réclame des recherches plus analytiques. En raison du caractère plus affectif que cognitif de la sensibilité à la douleur et en raison aussi de l'existence de troubles algésiques parfois prononcés chez des paralytiques généraux relativement peu déficients au point de vue intellectuel, il y a lieu de songer, en premier lieu, à l'intervention de facteurs affectifs. Ceux-ci constitueraient le lien causal intermédiaire entre les modifications cérébrales organiques et les troubles de la sensibilité à la douleur.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHELIS (J. D.). — *Der Schmerz. Zts. f. Sinnesphysiologie, Leipzig*, 1925, I, Vol. 56.
- ADRIAN. — *J. of Phys.*, 1930, LXX.
- ALBUTZ. — *Die verschiedenen Schmerzqualitäten. Skan. Arch. für Physiologie*, 21, 1908.
- BAZETT (H. C.) et Mc. GLONE. — *Note on the pain sensations which accompany deep punctures. Brain*, LI, 1928.

- BECKER (E.). — Ueber Schmerzqualitäten. *Arch. für gesamte Psychologie*, 34, 1919.
- DÉJERINE. — *Sémiologie du Système Nerveux*, p. 758, Masson, Paris, 1926.
- DÉJERINE (Mme) et GAUCKLER (E.). — Troubles de la sensibilité. *Nouveau Traité de Médecine*, XVIII, Masson, Paris, 1928.
- DUMAS (G.). — La douleur, dans *Nouveau Traité de psychologie*. T. II, Alean, 1932.
- DUMAS (R.). — La douleur et le plaisir. *R. ph.*, VII, 1929.
- VAN DER GHYS (A.). — Investigations concerning the sensibility to pain in the normal and the insane. *Psych. en Neurol. Bladen*, 15, 132, 1911.
- HEAD (Henry). — Sensation and the cerebral cortex. *Brain*, 41, 57, 1918.
- HURST (A. F.). — *The psychological of the special Senses and their functional Disorders*. New-York. Oxford University Press, 1920.
- KUSOW (F.). — Sul tono sentimentale della sensazione. *Ar. it di Ps.*, VIII, 4, 1929.
- LERICHE (R.). — Réflexions sur la douleur physique, sur ses mécanismes de production et sur les voies de la sensibilité douloureuse. *J. de Psychol.*, 32, 1935.
- MENNINGER (W. C.). — Sensory changes and the reflexes in juvenile parietic neurosyphilis. *Ann. int. Med.*, 8, 1935.
- MAYER (B.). — Beitrag zur Lokalisation von Schmerzempfindungen., *Zts. f. sinnes physiologie*, vol. 56, 2.
- POPPER (E.). — Ueber Schmerzgefühlsstörungen bei Oligophrenen. *Neurol. Centralbl.*, 39, 13, 1920.
- PANKRATOW (M. A.). — Über die Wechselbeziehungen zwischen dem Schmerzgefühl und dem taktilen Gefühl. *Fiziol. L.* 17. Dtsch. Zusammenfassung 1247 (1934). Russe.
- PIÉRON. — La dissociation des douleurs cutanées et la dissociation des conducteurs algiques. *Année psychologique*, 1929.
- PIÉRON. — Nouvelles données sur la dissociation des sensibilités cutanées. *Journal de Psychologie*, mars-avril, 1931.
- SCHILDER (P.). — Notes on the psychopathology of Pain in Neuroses and Psychoses.
— *Psychoanalytic Rev.*, 18, 1931.
- SCHRIEVER (H.). — Über Schmerzqualitäten. *Verhandlungen der physikalisch-Medizinischen Gesellschaft zu Würzburg*, 1927.
- SEARS (R. R.). — An experimental Study of Hypnotic Anesthesia. *J. Exper. Psychol.*, 15, 1932.
- STICKER (G.). — Physiologie der Schmerzempfindung und der Schmerzleitung. Ein geschichtlicher Rückblick. *Schmerz*, 9, 1936.
- THUNBERG. — *Sk. Ar. für Th.*, 1902, XII, 394.
- WATERSOON (David). — The sensory functions of the skin for touch and pain. *J. of Ph.* LXXVII, 3, 1933.
- WOOLLARD (H. H.). et CARMICHAEL (E. A.). — The testis and referred pain. *Brain*, LVI, 3, 1933.
- WOSKRESENSKI. — Sur la sensibilité cutanée chez les gens bien portants et chez ceux souffrant de la Paralyse Générale des Aliénés. *Obozrenie psichitrii, nevrologii, etc.* St-Petersbourg, 1896.
- ZOTTERMAN. — *Studies in the Peripheral Nervous Mechanism of Pain*. Acta medica scand., 1933, LXXX.

LES DÉLIRES SECONDAIRES AU TRAITEMENT DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Phénoménologie et thérapeutique

PAR

A. RÉQUET et J. TURIN

Ces délires secondaires, auxquels on a également donné le nom « de formes psychosiques des paralysies générales traitées », deviennent d'une fréquence inquiétante. Déjà en 1930 Vermeyleen et Vervaeck écrivaient « que l'application du traitement malarique les avait multipliés singulièrement et que c'était peut-être là un des écueils les plus graves de cette excellente méthode » (1). Depuis, on peut dire que leur fréquence n'a fait que s'accroître et c'est vraiment avec appréhension qu'on suit l'évolution de la cure, tellement on craint l'apparition de cette redoutable et banale complication. « Son début n'apparaît pas toujours en connexion immédiate avec la cure de fièvre, mais souvent seulement après des semaines et des mois au cours d'une rémission évoluant d'une façon apparemment favorable » (Wagner von Janregg) (2). C'est cette particularité de son évolution qui a pu faire mettre en doute sa si grande fréquence, surtout par les centres de malariathérapie, la psychose n'apparaissant parfois qu'après la sortie du malade considéré comme guéri. Cette fréquence de plus en plus grande des délires secondaires est d'ailleurs un facteur positif qui nous servira tout à l'heure.

Les explications de cet état de choses n'ont évidemment pas manqué et de nombreux auteurs ont essayé tour à tour de diffé-

(1) G. VERMEYLEEN et P. VERVAECK. — Les formes psychosiques chez les paralytiques généraux malarisés. *Encéphale*, 25^e année, p. 563.

(2) WAGNER VON JAUREGG. — Die Erfolge der Infektions- und Flebertherapie. *Handbuch der Neurologie*, Springer, Berlin, 1936, Tome 8, p. 68.

rentes argumentations biologiques, plus ou moins hypothétiques, tendant à démontrer le mécanisme de cette transformation malheureusement de moins en moins inattendue. On peut ranger ces différentes théories dans trois catégories :

1° D'abord une théorie humoro-anatomo-clinique : c'est la plus ancienne et la plus constructive aussi. Elle a été soutenue il y a plus de 10 ans par Gerstmann, qui fut le premier d'ailleurs à décrire ces troubles psychosiques succédant à la malarithérapie. Se basant sur les similitudes très grandes à son avis entre l'hallucinosse des syphilitiques de Plaut, les troubles sensoriels et les délires paranoïdes des tabétiques et des syphilitiques cérébraux d'une part et les états paranoïdes hallucinatoires des paralytiques généraux malarisés d'autre part, il en conclut que sous l'influence du traitement la paralysie générale se transforme en syphilis cérébrale tertiaire, qui deviendrait donc accessible aux agents syphilitiques ordinaires et par conséquent d'un bon pronostic ; les lésions seraient localisées principalement dans le lobe temporal, ce qui expliquerait les hallucinations auditives. Cette opinion a été également soutenue par Pötzl. Mais on peut lui objecter que cette modification allergique de l'organisme métalluetique, modification qui se manifesterait parfois par des productions gommeuses, doit se présenter aussi bien chez les malades guéris que chez ceux qui souffrent d'hallucinations ; que, par conséquent, ce nouvel état syphilitique tertiaire ne suffit pas à expliquer ces dernières ; qu'en définitive, il resterait à expliquer pourquoi les syphilis tertiaires font des hallucinations ; et qu'en tous les cas, l'analogie avec la syphilis cérébrale ne se sanctionne pas par l'efficacité du traitement spécifique qui se montre au contraire nocif dans ces cas. Il semble que ce qu'il y a de commun dans ces états secondaires avec la syphilis cérébrale c'est un état de désintégration neuropsychique arrêtée à un certain niveau, qui permet l'élaboration d'hallucinations, le progrès de la démence les faisant au contraire disparaître. Ces formes paranoïdes-hallucinatoires seraient donc une manière de guérison de la paralysie générale, mais manière extrêmement défavorable et rebelle à toute amélioration thérapeutique.

2° Une théorie infectieuse : c'est celle de Leroy et Medakowitch qui pensent que ces états hallucinatoires sont dus aux toxines des hématozoaires qui persisteraient dans l'organisme. Mais il y a une objection importante : c'est que les troubles en question sont apparus après n'importe quel traitement pyréthothérapique (préparations soufrées, tuberculine, etc...).

3° Enfin, une théorie toxique soutenue par Dattner. Ayant remarqué que les malades, qui font plus tard des hallucinations, n'ont pas de sudations abondantes au moment des accès de fièvre, il pense que des poisons produits pendant les accès fébriles restent dans l'organisme et peuvent venir intoxiquer le système nerveux, d'autant plus facilement que la barrière hémoméningée est abaissée par les traitements non spécifiques et que le foie n'est pas en bon état. L'alcool pourrait également jouer un rôle. Comme on le voit, toutes ces explications sont extrêmement hypothétiques : elles ne reposent pas sur des faits précis et en tous les cas elles n'envisagent pas le mécanisme hallucinatoire lui-même, dont l'analyse semble pourtant d'une importance essentielle.

Mais voyons encore les documents positifs que peut nous fournir la littérature. Il y en a de très importants et je les énumère comme suit :

1° La constatation faite par Wagner von Jauregg et Gerstmann que ces états paranoïdes-hallucinatoires surviennent uniquement après le traitement de la paralysie générale par l'infection ou la fièvre et qu'ils ne se voient jamais dans les cas d'autres genres de maladies traitées par la même méthode, comme par exemple dans les cas de tabès, de syphilis cérébro-spinale, de schizophrénie, de sclérose en plaques ou de parkinsonisme.

2° La constatation faite par nombre d'auteurs que ces complications surviennent aussi bien après traitement par malaria, que par tuberculine, sulfosine, vaccine, etc., etc... et même après des rémissions spontanées (dues sans doute à l'action d'une infection banale passée inaperçue).

3° Les lésions de l'acoustique observées par Schulte dans un grand nombre de cas.

4° Enfin et surtout l'influence nocive du traitement spécifique antérieur à la malariathérapie. « Dans les recherches sur la pathogénèse des psychoses paranoïdes-hallucinatoires dans la paralysie générale nous avons trouvé souvent dans l'anamnèse de nos patients des cures spécifiques renouvelées et intensives et nous avons exprimé l'opinion qu'elles représentent un des facteurs prédisposants. Nous avons alors observé par la suite dans un grand nombre de cas, que de tels cas d'agitation à forme catatonique avec troubles sensoriels et délires paranoïdes se sont installés souvent en liaison immédiate avec une piqure

de salvarsan ou au cours du traitement spécifique ultérieur et nous avons, en conséquence, mis particulièrement en garde contre la continuation du traitement spécifique. » (Bernhard Dattner) (1). Bruner et Gennerich ont constaté chez les paralytiques, qu'ils traitaient par salvarsan intrarachidien, après la deuxième ou troisième cure l'apparition d'états paranoïdes-hallucinatoires : ils étaient de courte durée, consistaient en hallucinations auditives, tactiles et visuelles et semblaient dépendre de la hauteur de la dose. Ils ont constaté également les mêmes symptômes après les injections de salvarsan seulement intraveineuses. Leroy et Médakowitch citent un cas survenu au cours d'une cure spécifique ; Guiraud en a vu dans le traitement par le sulfarsénol ; Senges par le stovarsol ; enfin Oppenheim cite des cas d'agitation paranoïdes-hallucinatoires en liaison avec l'injection de salvarsan. Cette nocivité du traitement spécifique, surtout de celui antérieur à la cure fébrile, nous éclaire peut-être sur ce fait inexplicable de la fréquence de plus en plus grande des délires secondaires. Cette fréquence serait en raison directe de celle des syphilis traitées. Or, il est certain que ces dernières sont de plus en plus nombreuses.

Voici que nous serrons le problème d'un peu plus près. En nous résumant nous pouvons déjà déduire de l'expérience d'autrui : d'abord, la condition étiologique possible expliquant l'augmentation de fréquence des délires secondaires, les traitements spécifiques antérieurs à la malariathérapie ; ensuite la condition locale, la lésion de l'acoustique ; enfin la condition générale, l'état de désintégration du paralytique général traité.

Voyons maintenant notre propre expérience et comment se comportent nos malades dans ces états secondaires. Les hallucinations auditives y sont constantes : on peut même dire que ce sont elles qui donnent leur aspect clinique aux troubles qui nous occupent ; elles y ont en tous les cas vis-à-vis des autres modes hallucinatoires une très grande prédominance. Nous nous occuperons donc surtout des troubles sensoriels auditifs. Nous pouvons constater trois faits positifs. D'abord qu'un assez grand nombre de paralytiques généraux traités, même guéris, présentent des troubles de l'audition (bourdonnements, diminution de l'ouïe, voire surdité). Ensuite que ces troubles auditifs ainsi que les hallucinations peuvent *n'apparaître que dans certaines positions de la tête* : ce fait est déjà mentionné par Gerst-

(1) Bernhard DATTNER. — *Moderne Therapie der Neurosyphilis*, Maudrich, Wien, p. 198.

mann pour les bourdonnements d'oreille (observation relatée dans son livre : *die Malariabehandlung der progressiven Paralyse*, Springer, Wien, p. 190) qui n'apparaissaient que quand le malade se couchait ; mais il a été objectivé pour nous d'une façon impressionnante par un paralytique malarisé, très amélioré, lucide même, mais souffrant de surdité, de bourdonnements et d'hallucinations auditives *conscientes* : ces hallucinations n'apparaissaient que lorsqu'il était *étendu* et comme elles étaient très pénibles et l'empêchaient de s'endormir, il avait trouvé la solution, pour gagner le sommeil, de s'endormir *assis*. Enfin, un troisième fait intéressant : nous avons observé un paralytique malarisé catatonique, qui se maintenait constamment immobile et rigide, la tête tournée en hypertorsion sur une épaule ou sur l'autre, le corps étant étendu à plat sur le dos, mais les cuisses à demi fléchies et avec une torsion légère de la partie inférieure du tronc, comme dans la première partie du mouvement de redressement infantile ; les yeux de ce malade étaient dans une intense agitation continue.

Cette participation de la position de la tête dans les cas cités ne pourrait-elle pas faire penser à une atteinte du labyrinthe ? On connaît l'importance considérable du rôle joué par l'appareil labyrinthique dans la régulation des réflexes d'attitude. Mais on sait aussi son importance capitale dans les sensations. Par exemple pour les sensations visuelles, « Sherrington, en se fondant sur les *Stell-reflexen* de Magnus et de Kleijn, a montré que la vision spatiale nécessite l'intégrité de la rétine, de l'organe des otolithes et des terminaisons proprio-réceptives des muscles oculo-moteurs ; la défection de l'un de ces organes entraîne le trouble de l'orientation visuelle. Et ce qui s'applique à l'appareil optique s'applique aussi aux autres appareils servant à l'orientation... Chaque fois qu'il s'agit d'un appareil sensoriel dont la fonction consiste à nous renseigner sur le monde extérieur il s'agit de la mise en œuvre, dans son fonctionnement, de composantes musculaires et labyrinthiques, de sorte que, suivant la remarque de Sherrington, il ne faudrait pas parler de perceptions visuelles ou tactiles, mais bien de perceptions visuo-musculo-labyrinthiques ou tacto-musculo-labyrinthique. » (Mourgue) (1). De telle sorte que dans toute sensation visuelle il y a participation de l'organe sensoriel intéressé, de l'appareil otolithique et du système musculaire périphérique ; « en particu-

(1) MOURGUE. — *Neurobiologie de l'hallucination*, Lamartin, Bruxelles, p. 189.

lier, la projection de l'image visuelle et sa situation dans l'espace sont interprétées par Sherrington comme ayant pour substratum la coopération de la proprio-réceptivité des muscles oculaires extrinsèques avec le labyrinthe otique. C'est pourquoi le génial physiologiste anglais a pu parler sans paradoxe du rôle sensoriel de l'appareil proprio-réceptif des muscles oculaires extrinsèques » (1). N'oublions pas d'insister sur l'attitude motrice générale, *l'orientation vers l'excitation* (Goldshtein), dans laquelle le labyrinthe et le système musculaire jouent un rôle de premier plan. Voilà pour la *sensation* visuelle. Mais il y a plus, la *représentation* visuelle est tributaire également du labyrinthe, de telle sorte que « Grunbaum conclut d'ailleurs comme P. Schinder, à l'identité de l'espace sensoriel et de l'espace de représentation » (2). Enfin, *l'hallucination* visuelle, qui joue vis-à-vis du sujet le même rôle que la sensation vraie, est certainement aussi soumise à l'action labyrinthique ; « l'exemple de l'onirisme ou hallucination en acte paraît de nature à autoriser cette hypothèse » ; le sujet se comportant vis-à-vis de son hallucination comme vis-à-vis d'un objet réel « qui peut être défini, comme le dit excellemment Head, comme un complexe de réponses projetées (3). »

Mais les mêmes mécanismes ne peuvent-ils pas être invoqués pour l'audition, avec cette différence, que, seul en son genre, l'appareil nerveux acoustique peut reproduire comme effet l'excitant initial. « L'onde sonore est reproduite comme onde sonore par la musculature phonotrice de l'animal qui la perçoit (4). » Cette particularité atteint un degré éminent chez l'homme, « dont on peut affirmer sans exagération que les appareils de la 8^e paire, auxquels il doit le maintien de sa station droite et le langage, ses principaux attributs, ont pour lui une importance beaucoup plus grande que l'appareil optique » (5).

L'investigation auditive aurait donc des composantes analogues à celles des autres sens, à savoir sensorielle, labyrinthique et musculaire (orientation vers l'excitation), mais celle-ci tout particulièrement importante au niveau des organes phonateurs, grâce auxquels peuvent s'ébaucher continuellement, mais en particulier pendant l'audition, des « schémas moteurs » (Bergson) qui semblent indispensables à la pensée verbale et à la

(1) *Loc. cit.*, p. 190.

(2) *Loc. cit.*, p. 192.

(3) *Loc. cit.*, p. 196.

(4) *Loc. cit.*, p. 187.

(5) *Loc. cit.*, p. 187.

connaissance. Une perception n'étant en définitive qu'une appréhension sélective de ce qui nous intéresse (Bergson), il est naturel que, dans la perception auditive humaine, l'arbitre et la mesure soient phonétiques et verbales ; ce sont les mouvements esquissés du larynx, qui en conséquence « constituent une composante de toute hallucination dite auditive (1) ».

Mais il y a plus : « la conception de Spitzer est du plus haut intérêt, parce qu'elle représente le système vestibulaire, très ancien au point de vue phylogénétique, comme un point nodal où prennent contact d'une part la vie organique considérée comme un tout, d'autre part la vie de relation avec le monde extérieur ; dont l'objectivation est l'œuvre d'un processus sensori-moteur extrêmement compliqué, mais dans lequel le labyrinthe statique et le faisceau longitudinal postérieur jouent un rôle essentiel (2). » On connaît, en effet, la participation importante du labyrinthe à la vie végétative (vertiges, angoisses, vomissements, etc...), et l'on sait d'autre part, que « le facteur pathogénique essentiel du processus hallucinatoire est l'envahissement de la sphère de l'orientation et de la causalité par celle de la vie organo-végétative » (3). On sait aussi l'action bienfaisante des sels de calcium sur les hallucinations auditives : or, le calcium est un calmant du système neuro-végétatif. Ce serait donc encore une preuve de plus de la participation du labyrinthe aux hallucinations et spécialement, dans le cas qui nous occupe, aux hallucinations auditives. Dans le même ordre d'idées rappelons les hallucinations bien connues du début du sommeil ; là encore, nous trouvons un état éminemment neuro-végétatif (le début du sommeil) et une modification de la conscience en même temps que la position étendue.

Qu'on excuse ce long détour et ces importantes références : elles étayent notre hypothèse de l'atteinte du labyrinthe dans les psychoses paranoïdes des malarisés. Nous sommes obligés d'en émettre d'ailleurs une autre : les arsenieaux, surtout les penta-valants, qui sont si dangereux pour le nerf optique, ne pourraient-ils pas l'être aussi pour la 8^e paire ? Comme nous l'avons vu, on a signalé déjà des lésions très fréquentes du nerf auditif ; par ailleurs, les troubles paranoïdes envisagés sont apparus d'une façon particulièrement frappante après des thérapies arsenicales, et pour notre part nous n'avons jamais vu de troubles paranoïdes hallucinatoires chez un paralytique malarisé

(1) *Loc. cit.*, p. 187.

(2) *Loc. cit.*, p. 200.

(3) *Loc. cit.*, p. 277.

sans cures arsenicales avant ou après la série fébrile. Cette agressivité de l'arsenic pour la 8^e paire ne rendrait-elle pas compte des faits envisagés et de leur augmentation de fréquence ? Il reste évidemment à en faire la preuve et à examiner le labyrinthe de nos malades. Mais outre que ces examens doivent être extrêmement minutieux (épreuves de Barany, calorique, galvanique, chronaxique, etc...) sous peine de négliger de minimes disfonctionnements, qui sont pourtant importants, le genre de malades auxquels il faudrait appliquer ces méthodes sont, du fait de leurs troubles paranoïdes, particulièrement hostiles et négativistes et ne s'y soumettent pas volontiers. Les rudiments d'examens que nous avons pu leur faire subir ne nous ont donné aucun résultat sérieux et positif et nous n'avons pas voulu les retenir. Le problème n'est donc pas résolu. Ajoutons pour terminer, que l'administration massive de quinine, dont on connaît aussi la prédilection d'action sur l'oreille interne, doit aussi jouer un rôle.

Nous en avons fini avec les conditions locales de ces états paranoïdes hallucinatoires. Il nous reste à envisager maintenant les conditions biologiques générales sans lesquelles de tels états ne peuvent pas naître. Si nous nous reportons à la clinique, nous trouvons, comme les autres auteurs, trois types de malades : maniaques-dépressifs, catatoniques et paranoïdes. On croirait lire les têtes de chapitres d'un traité de psychiatrie avec la classification habituelle. Mais cette division nosographique n'est pas seulement nominale, approximative et commode : elle correspond à des types de malades dont la similitude avec les types d'aliénés classiques est parfois absolue. Nous avons eu, par exemple, pendant plusieurs mois, un de ces malades catatoniques à côté d'un véritable catatonique : il était impossible de faire la différence clinique. La seule particularité du malade catatonique était l'agitation continuelle et intense du regard, correspondant vraisemblablement à des hallucinations visuelles ou à des déformations terrifiantes de la réalité dues au labyrinthe. Le début fut brusque, en pleine amélioration, alors que le malade suivait un traitement au stovarsol : il y eut de l'angoisse, des hallucinations auditives et visuelles, puis en quelques jours apparut l'état catatonique avec immobilité absolue, négativisme, autisme, gâtisme et des signes de désintégration grave tels que réflexes de succion et de préhension ; l'évolution fut assez rapidement mortelle en deux mois, avec cachexie et escarres. Le sang et le liquide céphalo-rachidien étaient positifs au point de vue spécificité ; mais il n'y avait plus de réaction méningée.

Le type maniaque-dépressif que nous avons pu observer ressemble à n'importe quel maniaque dépressif : il n'a aucun signe de paralysie générale. Seul le sang est légèrement positif. Dans les périodes de dépression, il y a des hallucinations auditives qui s'exercent comme toujours sur ce que le malade a de plus cher. Enfin il y a la forme paranoïde, la plus courante de ces psychoses secondaires, celle qui a aussi le plus d'individualité du fait de l'importance et de la réalité inéluctable des hallucinations auditives et de la façon particulièrement bruyante et hostile avec laquelle le malade y réagit : il y a même parfois essai d'explication et de systématisation. Il n'y a pas de démence ; l'affectivité est bien conservée. Le sang et le liquide céphalo-rachidien restent positifs ; mais il n'y a plus de réaction méningée. Ces formes ressemblent très fortement aux persécutés hallucinés classiques qui crient dans les quartiers d'asiles.

De par leur évolution essentiellement chronique et de par l'état de leur liquide céphalo-rachidien, ces malades ne sont donc plus des paralytiques généraux. Signalons pourtant l'évolution rapidement fatale de la forme catatonique mentionnée plus haut, malgré une absence complète de réaction méningée ; mais en même temps que lui évoluait dans le service vers la mort en quelques semaines une catatonie authentique aiguë avec escarre et consommation rapide : donc ici encore ressemblance frappante. Au reste, du point de vue phénoménologique, la similitude de ces états secondaires avec les psychoses ne doit pas nous étonner : on pourrait même se demander comment il pourrait en être autrement. Les mécanismes morbides ne sont pas très nombreux et surtout ils obéissent à des lois biologiques de désintégration et de compensation, dont il est insupportable de penser qu'elles pourraient être des productions fortuites et gratuitement monstrueuses. Que ce soit dans une psychose ou dans une maladie organique du cerveau, la matière vivante a des intérêts vitaux à défendre et elle le fait avec des procédés et des mécanismes qu'elle n'invente pas et qui, obligatoirement, devront se ressembler. Du point de vue phénoménologique, il n'y a pas de différence biologiquement essentielle entre les psychoses réalisées par la paralysie générale et les psychoses ordinaires : toutes deux représentent un certain niveau de désintégration dont un des principaux mécanismes possibles est l'hallucination. Les délires secondaires posent donc le problème général de l'hallucination. A leur sujet, il nous semble légitime de nous occuper avec modestie de ce phénomène absolument général.

Il faut d'abord envisager les rapports de l'hallucination avec

l'inconscient, l'instinct et l'intelligence. Freud n'a-t-il pas dit que *l'hallucination était un rejeton du monde de l'instinct* ? Mais voyons par ailleurs ce que nous trouvons dans la littérature. « L'hallucination est constituée par un complexe de phénomènes qui se passent, si on peut s'exprimer ainsi, à la limite des deux sphères (sphère de l'instinct et sphère de l'orientation et de la causalité). La force propulsive est constituée par l'instinct qui se sert en la circonstance de la sphère de l'orientation pour créer le phénomène hallucinatoire. Celui-ci constitue le processus positif de compensation, manifestation de la synéidisis ou principe d'auto-régulation » (l.c., p. 244) ; « que le moi pour se défendre de certaines excitations désagréables provenant de lui-même n'emploie pas d'autres méthodes que celles, dont il se sert vis-à-vis des souffrances venant de l'extérieur, est le point de départ de troubles morbides importants » (Freud) (1). « L'hallucination dite auditive est en réalité une hallucination de la fonction langage, ce qui est entendu étant, dans les cas envisagés, des phrases ayant généralement un sens symbolique et chargées, si on peut s'exprimer ainsi, d'une forte tonalité affective » (Mourgue) (2). En d'autres termes et pour résumer le contenu de ces citations, on peut dire : l'hallucination est une production instinctive, hétéroclite, parce que tirée de l'inconscient, mais habilitée, légitimée et objectivée par la raison ; elle est une compensation du trouble qui, sans elle, serait absolument intraduisible et sans rédemption possible. Comme on le voit, elle engage l'individu tout entier.

Mais l'hallucination a besoin pour se produire d'un certain état de désintégration des fonctions neuro-psychiques et d'une régression à un certain niveau évolutif. La psychose (et les délires secondaires) réalisent cet état. Quel est-il ? « Originellement le moi contient tout, plus tard il sépare de lui un monde extérieur. Notre sentiment du moi actuel est donc un reste rattaché d'un sentiment plus vaste, embrassant tout, qui correspondait à une liaison plus intime du moi avec le monde extérieur. » (Freud) (3). C'est ce sentiment primitif de non distinction du moi et du non moi que Freud appelle le « *sentiment océanique* » (ozeanisches Gefühl). Ne retrouve-t-on pas quelque chose d'analogue chez nos schizophrènes, et n'y a-t-il pas là une manière d'expliquer les troubles qu'ils présentent par une régression à cet état archaïque infantile d'adhésion au monde extérieur,

(1) FREUD. — Unbehagen in der Kultur, *Psychoanalytischer Verlag*, p. 11.

(2) MOURGUE. — *Neurobiologie d'hallucination*, p. 291.

(3) FREUD. — Unbehagen in der Kultur, p. 11.

de non distinction du moi et du non moi et de perte de l'objectivité ? Ne pourrait-on pas interpréter les grands symptômes paranoïdes comme l'interprétation, l'influence, l'emprise de la pensée, l'hallucination, l'imitation, l'assujétissement à l'excitation (*Reizgebundenheit*) et même les grands thèmes schizophréniques (de la fin du monde et de la participation au cosmos) comme représentant en partie les mécanismes primitifs de cet « ozeanischen Gefühles » ? Nous ne pouvons insister : cela nous entraînerait beaucoup trop loin. Qu'il nous suffise de dire qu'à ce niveau il n'y a plus de refoulement possible : les complexes et les conflits de la génétique freudienne sont remis au grand jour, ils revivent en pleine lumière et pour ainsi dire actuellement. Il est inutile de les rechercher par l'analyse comme dans les névroses : la psychose les met à nu et nos malades les vivent à nouveau et les hurlent à longueur de jour et de nuit. Ces complexes constituent la matière affective des hallucinations : enfouis dans l'inconscient, *cette mémoire de l'espèce*, ils constituent comme un patrimoine ancestral, ignominieux et cruel, de l'âme humaine, toujours prêt à se manifester. Et c'est précisément un de ces délires secondaires qui nous a fait sous ce rapport le plus d'impression.

En nous résumant, nous trouvons donc dans l'hallucination un mécanisme très complexe auquel prend part l'inconscient, l'instinct, la sphère de l'orientation et de la causalité et un état de désintégration. Il reste un élément sensoriel. Quel est-il ? « Jamais l'hallucination, surtout visuelle, ne reproduira exactement une perception... l'hallucination est un symbole parfois très pauvre dans sa structure, laquelle est soumise aux lois de l'inconscient » (Freud) (Mourgue) (1); « les hallucinations constituent de véritables corps étrangers pour les opérations mentales et les sentiments du malade, qui opèrent encore sur l'expérience normale de la vie journalière » (C. v. Monakow et Mourgue) (2); « un seul point permet de rapprocher en tous cas l'hallucination de la perception, c'est la projection spatiale » (Mourgue) (3). C'est dire que la participation sensorielle est considérée comme très pauvre. Il semble pourtant qu'elle doive exister. Comment expliquer un tel phénomène ? Ne pourrait-on pas dire : tout se passe comme si chaque sensation (humaine) pouvait se donner à certains moments le spectacle d'elle-même et n'y aurait-il pas là

(1) MOURGUE. — *Neurobiologie de l'hallucination*, p. 291.

(2) C. v. MONAKOW et MOURGUE. — *Introduction biologique à l'étude de la neurologie*, Alcan, p. 298.

(3) MOURGUE. — *Neurobiologie...*, p. 291.

un mécanisme analogue à celui de l'identification freudienne, un mécanisme très général de la créature humaine, à savoir tirer de soi-même ce que l'on n'a pas ? Car il faut en somme que le malade trouve une extériorisation topique de ses troubles.

Pour terminer et pour donner un aperçu général du rôle biologique de l'hallucination comparons-la avec l'obsession (représentation obsédante). Toutes deux ont des éléments communs. D'abord le caractère de quelque chose d'obsédant et d'étranger à la volonté et à la personnalité, donc de quelque chose de martyrisant. Toutes deux s'exercent sur les choses qui sont chères au malade, donc toutes deux marquent un caractère punitif : le malade se fait souffrir. Mais les hallucinations sont un phénomène sensoriel ; elles représentent de plus un mécanisme de projection sur autrui des propres tourments du malade : elles le soulagent en jouant pour lui le rôle d'une causalité extérieure sous la responsabilité du persécuteur. Mais elles représentent en même temps des mécanismes infantiles d'adhésion au monde extérieur, de méconnaissance du moi et du non moi, de vie dans un monde complètement subjectif et autiste. Elles représentent donc une désintégration assez grave, mais en même temps une compensation. Les obsessions, au contraire, sont un tourment conscient, dont l'origine est bien reconnue par le malade comme étant en lui-même, sans qu'il puisse se l'expliquer. Comme toutes les névroses, elle obéit au mécanisme du *besoin de recommencement* (Wiederholungszwang, Freud) : c'est-à-dire revivre un événement passé, déformé, symbolisé, toujours sexuel. Une obsession sous forme d'hallucination est peut-être possible, mais n'entrera pas dans le domaine de la croyance. Il n'y a pas de troubles qui soient aussi près et aussi loin l'un de l'autre à la fois ; la différence fondamentale entre les deux vient surtout de ce que dans le premier, dans l'hallucination, il y a abdication de la personnalité : le malade devient une victime irresponsable ; tandis que dans le second, l'obsession, il reste le coupable conscient, chargé d'angoisses et de remords.

Il est bien évident que nous n'avons fait qu'effleurer à propos des délires secondaires cet énorme problème biologique que représente l'hallucination. Il y a bien d'autres éléments connus ou inconnus qui interviennent. Nous n'avons voulu aborder que ceux qui nous ont paru les plus manifestes et les plus faciles à analyser du point de vue phénoménologique, c'est-à-dire du point de vue de leur valeur biologique générale, sans avoir à faire intervenir d'autres notions métapsychologiques plus systématiques et plus compliquées.

Nous dirons sous forme de conclusion de tout cet exposé :

1° Les délires secondaires n'apparaissent que dans les cas de paralysie générale.

2° Ils apparaissent après un traitement pyrétotherapique quel qu'il soit, mais aussi après un traitement arsenical, sans pyrétotherapie.

3° Il y a une nocivité reconnue et semble-t-il indispensable du traitement arsenical antérieur. Ce dernier provoquerait peut-être des lésions de l'oreille interne et particulièrement des labyrinthes.

4° Grâce à la désintégration de la paralysie générale et à ces lésions labyrinthiques, le malade peut trouver une explication à ses malaises (perte de l'objectivité) et l'hallucination est créée.

5° Comme conclusion pratique : *il faudrait donc éviter l'arsenic chez les malades déjà traités antérieurement et ne l'employer après pyrétotherapie que très prudemment chez ceux qui n'ont pas subi de traitement antérieur. Nous considérons en tous les cas comme particulièrement nocif tout traitement arsenical intensif avant la cure de fièvre.* Il serait prudent aussi d'éviter les doses massives de quinine. Dans les cas déclarés, il faut naturellement arrêter aussitôt l'administration d'arsenic, si on avait commencé à en donner.

RECHERCHES

SUR LES HORMONES HYPOPHYSAIRES

DANS CERTAINES PSYCHOSES

PAR

MARES CAHANE et TATIANA CAHANE (1)

Le rôle des glandes endocrines dans la pathogénie de certaines psychoses n'est plus contesté dans l'état actuel de la psychiatrie. Cependant ces troubles endocriniens ne sont pas facilement mis en évidence et sont parfois passés inaperçus.

Nous devons souligner que, dès 1906, Parhon et Marbé ont attiré l'attention sur l'importance du facteur thyroïdien dans les psychoses affectives. Des faits cliniques apportés plus tard par Stranski, Arnd, Cote, Noble, Laignel-Lavastine, etc., ont confirmé la théorie endocrinienne et surtout thyroïdienne des psychoses affectives. Récemment, en examinant 30 cas de ces psychoses (manie, psychose maniaque dépressive, mélancolie anxieuse, etc.), nous avons pu noter, dans plus de 40 0/0 des cas, une hypertrophie et une hyperfonction thyroïdienne.

Bien entendu nous ne voulons pas affirmer que, dans tous ces cas, les troubles thyroïdiens sont la seule cause de ces psychoses, mais que dans le complexe des facteurs étiopathogéniques il faut accorder à l'hyperfonction thyroïdienne un rôle prépondérant. C'est avec juste raison que C.-I. Parhon a eu l'idée de pratiquer, depuis 1915, la thyroïdectomie partielle, dans certains cas avec des résultats favorables. Dans le même ordre d'idées, il faut citer Chatzen (1932), qui a publié un cas de maladie de Basedow avec troubles psychiques intenses (agitation extrême, délire anxieux marqué), rapidement amélioré par la

(1) Travail de l'Hôpital des maladies mentales et nerveuses Dicioșânmar-tin, Roumanie.

diiodothyrosine. Nous mêmes nous avons obtenu, avec la diiodothyrosine, des bons résultats dans un cas de manie et dans un cas de psychasthénie.

Notre maître C.-I. Parhon et ses élèves ont également essayé la thérapeutique iodée dans les diverses psychoses où on a pu mettre en évidence une hyperfonction thyroïdienne.

Récemment, en traitant au Lugol un cas de manie avec éléments confusionnels, apparus après l'accouchement chez une basedovienne, nous avons obtenu une guérison impressionnante.

Enfin, un argument important à noter, est la fréquence des troubles psychiques dans la maladie de Graves-Basedow. Parhon et Odobescu (1914), sur un ensemble de 146 cas recueillis dans la littérature ou personnels, ont trouvé 103 cas dans lesquels les troubles psychiques revêtaient une forme appartenant aux psychoses affectives (manie, mélancolie, psychose maniaque dépressive, phobies, obsessions, impulsions).

Ces considérations nous portent à rappeler qu'Etienne et Drouet ont apporté de nombreuses preuves de l'existence, dans la maladie de Basedow, de l'hyperpituitarisme et de l'hyperthyroïdie avec précession hypophysaire.

En se basant sur le fait que dans l'urine des basedowiens on a pu mettre en évidence la thyreostimuline, Aron et Klein, Merklen et Aron ont proposé une classification de la maladie de Basedow. Il y aurait, d'après ces auteurs, des cas où le goitre serait secondaire à la suractivité hypophysaire et des cas où le goitre serait primitif et purement thyroïdien.

Ces données nous ont incité à rechercher si, dans les psychoses affectives, où l'on constate surtout une hypertrophie et une hyperfonction thyroïdienne, on peut mettre en évidence la thyreostimuline.

Pour cela, nous avons utilisé l'épreuve d'Aron et Klein, en injectant pendant 3 jours cinq centimètres cubes d'urine fraîchement émise, à un cobaye de moins de 220 gr. Quand l'urine contient le principe thyreostrope, on trouve une augmentation de poids du corps thyroïde de l'animal injecté et des signes histologiques de suractivité thyroïdienne.

Voici nos résultats :

		POIDS DU CORPS THYROÏDE	POIDS DE LA GL. THYROÏDE RAPPORTÉ À 100 GR. D'ANIMAL
1. — T. R., 38 ans, manie, hyperthyroïdie, goître.	Cobaye injec. — témoin	20,8 mg. 18,7 —	14,4 mg. 13,6 —
2. — Ed., femme, 20 ans, manie périodique, corps thy. augmenté, hyperthyroïdie.	Cobaye injec. — témoin	36,7 mg. 35,7 —	17,8 mg. 13,2 —
3. — Cs. R., femme, 25 ans, manie, goître.	Cobaye injec. — témoin	57,3 mg. 39,8 —	28,5 mg. 18,6 —
4. — P. T., femme, 40 ans, psychose de lactation, hypertrophie du corps thy.	Cobaye injec. — témoin	67,9 mg. 47,8 —	16,2 mg. 9,9 —
5. — L. B., femme, 29 ans, manie, hypertrophie thyroïdienne, hyperthyroïdie.	Cobaye injec. — témoin	35,2 mg. 32,6 —	22,2 mg. 18,1 —
6. — T., homme, 43 ans, mélancolie, le corps thyroïde n'est pas augmenté, symptômes d'hyperthyroïdie.	Cobaye injec. — témoin	23,3 mg. 34,8 —	11,9 mg. 17,2 —
7. — J. M., femme, 60 ans, manie, périodique ménopause, corps thyroïde augmente.	Cobaye injec. — témoin	25,7 mg. 27,5 —	14,52 mg. 15,10 —
8. — E. R., femme, 34 ans, manie dépressive, hypertrophie du corps thyroïde, surtout du lobe droit.	Cobaye injec. — témoin	25,6 mg. 26,5 —	13,51 mg. 14,18 —
9. — E. M., femme, 18 ans, manie, hypertrophie du corps thyroïde.	Cobaye injec. — témoin	42,4 mg. 34,6 —	16,30 mg. 12,70 —

La fréquence de l'augmentation du corps thyroïde au cours des psychoses affectives, est marquée chez les femmes. Ce symptôme fut noté dans 40 p. 100 des cas, cependant on ne pourrait pas dire que chez tous ces malades il existe aussi une hyperfonction thyroïdienne nette.

Les neuf cas que nous avons examinés ont présenté le corps thyroïde augmenté ou des symptômes d'hyperthyroïdie. Parmi ces cas, chez 6 malades nous avons trouvé la thyroostimuline dans l'urine. En examinant, au point de vue histologique, le corps thyroïde des cobayes injectés, nous avons constaté dans 3 cas l'image d'une hyperfonction : l'épithélium folliculaire était plus haut avec des cellules cubiques ou cylindriques, les follicules petits ainsi qu'une résorption active du colloïde.

Bien que nos cas fussent sélectionnés, on peut affirmer que parmi les psychoses affectives avec hypertrophie et hyperfonction thyroïdienne, dans 50 p. 100 des cas, la thyroostimuline serait en excès, donc un facteur hypophysaire intervient dans le complexe pathogénique.

Une autre hormone pituitaire, qui fut l'objet de nos recherches, est l'intermédine. Collin et Drouet l'ont mise en évidence en injectant 3 cm. d'urine tous les jours à une grenouille. Quand cette urine contient le principe mélanophorotrope, on constate un noircissement plus ou moins prononcé de la peau. Les auteurs l'ont observé avec l'urine des basedowiens et elle apparaît ainsi comme un témoignage de la suractivité hypophysaire.

Blinow et Branower ont obtenu des résultats concordants avec Etienne, Collin et Drouet dans l'hyperthyroïdie et dans la maladie de Basedow.

Dans la psychose maniaque dépressive, la réaction positive est assez fréquente. Les résultats ont été variables dans l'épilepsie, la psychose pellagreuse, le vitiligo, etc. Une réaction mélanophorique fut également obtenue avec la salive des malades.

Nous-mêmes nous avons repris ces recherches dans les différentes psychoses.

Sur 12 cas de manie dans lesquels la glande thyroïde était augmentée, nous avons observé 8 fois une réaction négative et 4 fois une réaction positive. Il faut aussi noter que nous avons obtenu également des résultats négatifs, dans un cas de psychose maniaque après la ménopause, dans un cas de mélancolie anxieuse et dans un cas de psychose maniaque dépressive en période d'agitation. Dans 3 cas d'épilepsie dont un cas au moment même de l'accès la réaction a été négative.

Dans 2 cas de confusion mentale, la réaction fut également négative.

La même réaction fut négative dans 4 cas de schizophrénie, un des malades était un géant. Un malade avec schizophrénie et obésité de type infundibulaire présentait parfois une réaction positive. Un malade, avec état paranoïde et acromégalie, a présenté une réaction négative.

Chez une malade avec manie, gigantisme et adipose nous avons noté une réaction faible.

Une réaction mélanophorique positive a été observée dans deux cas de castration ; le premier cas concerne un malade de 23 ans avec débilité mentale qui fut châtré à cause de son érotisme, et le deuxième cas est une femme de 35 ans qui, après double ovariectomie, présente une dépression avec état cholériques.

Nous avons essayé de provoquer également la réaction mélanophorique avec le sang, le plasma, les globules rouges, le liquide céphalo-rachidien et le liquide obtenu par voie sous-occipitale. Nous avons obtenu souvent la réaction par ordre décroissant avec les érythrocytes, le plasma, l'urine, le liquide céphalo-rachidien sous-occipital et puis avec le liquide céphalo-rachidien.

Il en résulte que surtout dans les psychoses affectives où il existe une hyperfonction thyroïdienne, nous avons trouvé une réaction mélanophorique positive. Dans quelques cas nous avons obtenu une rétraction mélanophorique (notamment avec le liquide céphalo-rachidien sous-occipital), ce qui suggère que dans les humeurs de ces malades il est possible qu'il existe un excès d'adrénaline.

Une question importante est le rapport entre les hormones sexuelles pituitaires et la fonction génitale dans les différentes psychoses. Ce n'est que depuis 1926 que Zondek et Aschheim en même temps que Smith et Engle ont pu démontrer par des recherches expérimentales l'existence des hormones gonadotropes (folliculaire et de luteinisation). Le développement des gonades est conditionné par ces hormones. La suppression ou l'arrêt de la fonction des glandes génitales détermine un excès de sécrétion des hormones gonadotropes qu'on peut mettre aisément en évidence dans l'urine.

Les troubles de la fonction génitale dans les différentes psychoses, surtout chez les femmes, sont assez fréquentes. Des troubles psychiques peuvent être observés dès l'apparition des premières menstrues, pendant les menstrues, pendant la gravité, après l'accouchement, la lactation et la ménopause.

Parhon et Goldstein ont montré qu'il existe un antagonisme thyro-ovarien, la suppression de la fonction ovarienne étant suivie d'une augmentation de la fonction thyroïdienne. C'est ainsi que le terrain est créé pour certaines mélancolies simples ou anxieuses, phobies, obsessions ou des troubles affectifs.

Dans la démence précoce, Parhon et Urechia, Parhon et Mme Ballif, etc., par des examens cliniques et histologiques ont pu montrer l'insuffisance de la fonction génitale (diasthématique ou ovarienne). Des constatations semblables basées sur l'examen somatique (amenorrhée, hypoplasie, utérine, etc.), furent notées également par Frankl, Geller, Potzl et Wagner.

Nous-mêmes, en examinant à ce point de vue 50 malades, nous avons trouvé :

1. — K. R., 33 ans, démence précoce.	Aménorrhée depuis 7 années.	Après 10 inj. d'agménosine elle a eu une seule fois les règles.
2. — P. Z., 36 ans, schizophrénie.	Aménorrhée.	Après le même traitement une seule fois les règles.
3. — C. A., 27 ans, psych. man. depr.	Deux périodes de 3 mois d'aménorrhée.	
4. — J. J., 25 ans, schizophrénie.	Aménorrhéique depuis 2 années.	
5. — J. R., 22 ans, schizophrénie.	Aménorrhéique depuis 2 années.	
6. — L. M., 47 ans, mélancolie.	Aménorrhée.	Après le traitement à la folliculine elle a eu seulement 2 mois les règles.
7. — D. M., 49 ans, mélancolie.	Aménorrhée.	Le même traitement avec le même résultat.
8. — P. C., 32 ans, schizophrénie.	Aménorrhée depuis 1 an.	Après traitement n'a eu qu'une seule fois les règles.

9. — L. B., 29 ans, manie périodique.	Au cours des accès elle est aménorrhéique 3-4 mois.	
10. — T. A., 31 ans, mélancolie.	Aménorrhée.	Après traitement les règles sont revenues.

Grâce aux dosages des hormones dans l'urine on a pu démontrer, d'une manière plus précise, la fonction des glandes génitales.

En ce qui concerne la folliculine, Georgi et Fels ont trouvé cette hormone diminuée chez les hétérophréniques. D'après Oesterreicher, la moyenne par litre d'urine est de 17 unités souris dans les psychoses semblables, vis-à-vis de 30 unités chez les sujets sains. Dans les cas récents de schizophrénie catatonique et paranoïde, Georgi et Fels n'ont pu mettre en évidence une diminution de la folliculinurie, même quand il y a des troubles menstruels, amenorrhée ou hypoplasie génitale. Cependant Oesterreicher qui ne trouve pas de modifications dans les schizophrénies paranoïdes (31 unités souris) a pu noter une légère augmentation chez les catatoniques (44 unités souris).

W. Oesterreicher, chez les démentes précoces et schizophréniques, n'a pu trouver une augmentation ou une diminution dans l'élimination de l'hormone gonadotrope par l'urine.

Voici quelques résultats obtenus par nous dans des cas semblables :

	HORMONE HYPOPHYSAIRE DE MATURATION	HORMONE HYPOPHYSAIRE DE L'UTEINISATION	FOLLICULINE
V. S., 27 ans, réglée.....	25 u.	0	45 u.
L. M., 34 ans, aménorrhée.	65 u.	0	30 u.
T. S., 46 ans, aménorrhée..	en excès	0	0
J. J., 25 ans, aménorrhée..	positif	0	0
C. M., 33 ans, aménorrhée..	positif	0	0
L. S., 39 ans, aménorrhée..	en excès	0	0

En injectant le liquide céphalo-rachidien sous-occipital d'une malade schizophrénique avec amenorrhée, nous avons déterminé chez des rats une augmentation des vésicules séminales pendant que la même quantité de liquide céphalo-rachidien d'une malade régulièrement menstruée, n'a produit aucune modification.

Il en résulte que chez les malades amenorrhéiques où la folliculine était diminuée ou absente, nous avons observé un excès dans l'élimination de l'hormone hypophysaire de maturation, pendant que l'hormone luteinisante n'était pas présente.

Ainsi que Zondek et d'autres auteurs l'ont observé, toujours l'excès d'hormone hypophysaire n'est que secondaire à l'insuffisance ovarienne.

On a l'impression que l'amenorrhée des démentes précoces est primitive et certains auteurs se sont demandé si elle n'est pas causée par le virus tuberculeux auquel on a accordé également un rôle pathogénique dans la schizophrénie. L'absence de lésions inflammatoires, l'aspect infantile de l'ovaire ainsi que l'âge de ces jeunes malades amenorrhéiques, nous a suggéré de supposer, dans certains cas, l'intervention d'un facteur pituitaire.

Récemment nous avons eu l'occasion d'observer, chez une jeune schizophrénique âgée de 25 ans, une forme atténuée de la maladie de Simmonds. Plusieurs symptômes organiques, la faiblesse extrême avec fatigabilité, la réduction du tissu adipeux et de la boule de Bichat, la diminution de la tension artérielle, l'impotence sexuelle, l'absence des poils du visage et dans les lieux de prédilection, etc., nous a fait penser à une insuffisance pituitaire. Nous nous sommes demandé à cette occasion si on n'observe pas plus fréquemment une diminution de la fonction pituitaire chez les schizophréniques asthéniques. Il faut rappeler que déjà Fr. V. Rohden et Gründler ont mis en évidence la difficulté d'augmenter le poids des asthéniques malgré toutes les conditions d'alimentation favorables.

D'autre part Evans et puis Hamburger ont démontré que, chez les animaux hypophysectomisés, l'injection de Prolan n'influence pas les organes génitaux pendant que l'extrait hypophysaire produit rapidement la maturation. Il résulte d'après ces auteurs que l'action du Prolan n'influence directement les organes génitaux qu'en présence d'un « facteur synergique ». Ce facteur aurait l'origine dans l'hypophyse et ne peut être identifié avec aucune des hormones existantes. On peut se demander avec juste raison si chez nos malades il n'existe pas une diminution de la sécrétion de cette hormone pituitaire synergique.

Les constatations histologiques, de nature inflammatoire ou involutive dans l'écorce et le diencéphale des schizophréniques, peuvent expliquer la diminution de la fonction pituitaire.

La question mérite toute l'attention et des recherches plus nombreuses avec de nouvelles méthodes d'investigation (épreuves biologiques, interférométrie, etc.), nous donneraient, sans doute, des résultats intéressants.

Enfin il faut rappeler qu'on a parlé d'une hormone bromée de l'hypophyse. D'après Zondek, cette hormone règle le métabolisme du brome qui est troublé dans les psychoses affectives. Les discussions contradictoires nous obligent de la faire seulement signaler.

En résumé, d'après nos recherches, il résulte qu'on peut mettre en évidence dans l'urine de certains malades la thyroestimuline et l'hormone mélanophorique, ce qui démontre la participation de la glande pituitaire à ce processus pathologique. Les faits que nous avons observés concernent surtout les psychoses affectives, manie, mélancolie, et psychose maniaco-dépressive, où nous avons noté également une hypertrophie et une hyperfonction thyroïdiennes.

Il est possible que l'apparition de ces hormones ne soit que secondaire aux troubles ovariens. Ainsi, d'après Parhon et Goldstein, il existe un antagonisme thyro-ovarien. À l'insuffisance ovarienne succède une hyperfonction thyroïdienne. Or ainsi que Zondek et Ascheim, etc., l'ont démontré, la glande pituitaire secrète en même temps en excès l'hormone gonadestimulante. Ce serait possible, au moins dans certains cas, que la sécrétion d'autres hormones comme la thyroestimuline et l'interméline, soit également augmentée. L'action frénatrice de la folliculine sur le corps thyroïde s'exercerait alors par l'intermédiaire de l'hypophyse.

Enfin, nous désirons encore attirer l'attention sur une question dont nous nous sommes préoccupés tout récemment. D'après certains auteurs, il existerait un centre régulateur infundibulaire de la thyroestimuline. Des recherches récentes sur l'influence du froid sur la sécrétion de la thyroestimuline nous ont fait penser à un mécanisme régulateur cortico-diencéphalo-pituitaire. Le milieu extérieur influencerait par ces voies la fonction du corps thyroïde pour augmenter ou diminuer les oxydations dans l'organisme. En connaissant le rôle important de la glande thyroïde dans la vie affective, nous nous sommes demandé si les grands traumatismes affectifs, qui sont le point de départ de certaines psychoses, n'interviennent pas par la même voie cortico-diencé-

phalo-pituitaire, en augmentant brusquement la sécrétion de la thyreostimuline. D'après Cannon l'émotion serait accompagnée d'une hyperadrénalinémie. Nous croyons que le processus est plus complexe et qu'en outre de l'hyperadrénalinémie il y a aussi d'autres perturbations hormonales et métaboliques qu'on n'a pas encore saisi.

Enfin le fait que dans certaines psychoses la glande pituitaire participe par un excès d'hormone, suggère l'idée qu'on pourrait utiliser dans ces cas la radiothérapie de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

1. ARON (M.). — Physiologie de l'hypophyse, *Strasbourg Médical*, 92, 557, 1932.
2. BLINOW et BRANOWER. — *Vol. Jub. du Prof. C. J. Parhon*, page 109, 1934.
3. CAHANE (M.) et CAHANE (T.). — Considerazione cliniche su un caso di schizofrenia catatonica con lesioni degenerativi nel putamen. *Riforma Medica*, n° 1, 1937.
4. CAHANE (M.). — Recherches sur la réaction mélanophorique dans les tissus et les humeurs à l'état normal et dans certains états pathologiques. *La Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris*, 15 nov. 1936.
5. DROUET, MATHEW et COLLESON. — *Revue Française d'Endocrinologie*, 1934, n° 2.
6. ETIENNE et DROUET. — *Vol. Jub. du Prof. C. J. Parhon*, 1934.
7. HAMBURGER (C.). — Gonadotropic Hormones, Levin et Munksgaard, Copenhagen, 1933.
8. OESTERREICHER. — *Wiener Klinische Woch.*, 1934, p. 1385.
9. PARHON et GOLDSTEIN. — *Traité d'Endocrinologie*, Glande thyroïde, Vol. I et II. Edit. Viata Romaneasca, Jassy.
10. TAGE KEMP U. HAROLD OKKELS. — *Lehrbuch der Endokrinologie*, Leipzig, 1936 (cité p. 22).

SOIXANTE ANS DE PSYCHOSE MANIACO-DÉPRESSIVE

PAR

MAURICE OLIVIER et M^{me} CHEVALIER-GAZANIOL

Nous avons eu la bonne fortune de suivre, pendant de longues années, à la Villa Lunier (Maison de Santé départementale de Blois), une malade atteinte de psychose maniaco-dépressive évoluant depuis soixante ans, et qui se trouve actuellement, depuis 4 ans, dans une période de calme et sans aucun affaiblissement intellectuel.

Il s'agit d'une vieille demoiselle, âgée de 83 ans, mais en paraissant bien dix de moins, alerte, vive, sans aucune infirmité ou misère physique et dont toutes les facultés intellectuelles demeurent intègres. Elle évoque avec enjouement les souvenirs de son passé, rappelle, avec une pointe de raillerie, quelque fait marquant dans les annales du service, s'intéresse à tous les événements actuels qu'elle discute et critique avec une bonhomie souriante. Et lorsqu'on rencontre dans les allées du parc, appuyée sur sa canne à pommeau d'argent, cette vieille personne compassée, aux bandeaux soigneusement ondulés, au petit col de dentelle impeccable, on ne saurait croire que ce fût l'une de nos pensionnaires les plus agitées et des plus difficiles.

Mlle B., Marguerite, née le 7 avril 1855 en Touraine, est placée à la Villa Lunier pour la première fois le 28 novembre 1883, mais déjà traitée cinq fois dans différents asiles dont Charenton. Par la suite, on relève six placements successifs dans notre établissement dont le dernier est du 4 octobre 1915. Les certificats immédiats et de quinzaine portent le diagnostic de « folie intermittente ».

Les premiers troubles seraient apparus vers l'âge de 22-23 ans, se manifestant à l'occasion du mariage d'une amie (elle avait espéré, un moment épouser le jeune homme) et caractérisés par une grande tris-

tesse. Par la suite et pendant soixante ans, les accès de manie et de mélancolie se succèdent, séparés toujours par une période de calme avec pourtant une prédominance des accès maniaques.

Aucune hérédité psychopathique dans les antécédents. Père mort à 67 ans de congestion pulmonaire. Mère morte à 87 ans.

Il semble intéressant de noter que nous avons eu au Pensionnat trois sœurs atteintes de démence précoce, dont la mère est une cousine de notre malade.

Cinquième enfant d'une famille de 7, dont 3 vivants encore, âgés de 87-83-73 ans.

Les antécédents personnels ne révèlent rien d'anormal : croissance et développement normaux ; seulement les maladies infectieuses banales de l'enfance. Règles toujours irrégulières et très douloureuses. La ménopause s'est faite à 50 ans, sans incident particulier, sans influence apparente sur l'état psychique. A reçu dans sa famille une excellente instruction.

Nous possédons peu de renseignements sur son caractère avant les premiers troubles. Un questionnaire qui était alors rempli par les familles porte : « caractère charmant, remarquable égalité d'humeur », mais doit-on accepter ce renseignement ou demeurer un peu sceptique en songeant aux frères et sœurs qui tous apparaissaient comme tatillons, bizarres, « originaux », suivant le sens commun que l'on donne à ce terme ?

Il nous a été possible de dresser une partie du *tableau clinique* grâce aux observations et aux annotations au registre de la Loi.

Les accès maniaques présentaient les symptômes typiques. En janvier 1904, à l'entrée lors du 4^e placement, nous relevons : « cris, chants propos enfantins. La malade prononce une série de noms propres, elle en a prononcé plus de 500 depuis ce matin ; demande si on ne circonscrit pas une femme, dit être hermaphrodite et avoir besoin d'expansions amoureuses physique et morale. Propos injurieux et réactions violentes à l'égard des sœurs du service qu'elle a giflées violemment.

Au milieu de ses incohérences, elle prononce des paroles sensées et répond bien aux questions. Insomnie.

Les thèmes érotico-mystiques prédominent. Tantôt à travers une porte elle fait des déclarations amoureuses au chef cuisinier, tantôt casse un carreau pour avoir la visite du vitrier, ou encore se dit fiancée au Docteur Ritti qui l'a soignée à Charenton : « S'il n'y avait rien de particulier avec lui, dit-elle, pourquoi était-il si câressant, la prenait-il dans ses bras ? Quant à elle, elle s'est bornée à l'embrasser subrepticement sur la tête pendant qu'il signait le cahier de visite. »

Puis, tout à coup, elle est comme un prophète, se met en prières et commente des passages des psaumes de David, revoit tout ce qui s'est passé au temps de Marie Stuart et se croit transportée à cette époque. Parfois, revêtue d'une toilette blanche, le cou orné de fanfreluches de dentelle et son éventail à la main, elle se fait admirer au salon.

Au déclin de ces accès, la malade devenait caustique et méchante,

dénigrant tout et tous avec des insinuations malveillantes ; des plaintes et des critiques de tout genre qu'elle cherchait à infuser aux autres pensionnaires ou compromettant sans cesse l'ordre et le calme par ses interventions inopportunes.

Chaque jour de nombreuses lettres aux autorités demandaient aide pour « les meurtrissures si atrocement cruelles que ne m'épargne pas un personnel égoïste, jaloux et grossier ». Elle voulait laïciser la maison et l'organiser suivant ses conceptions, et devint à tel point malveillante et nocive qu'une demande expresse de transfert fut faite à la famille.

Quelques passages ne manquent pas de saveur parmi cette abondance épistolaire :

« Je comprends dans mes prières les circoncis et les incirconcis, « les blancs, les jaunes, les noirs, même les rouges !... enfin pour « tous les vivants et tous les morts, comme vous voyez j'ai fort à faire. « Si je vous disais que parmi les morts, je ne puis m'empêcher de « penser quelquefois à la mère Eve, cette vilaine désobéissante qui a « mis notre planète dans un aussi vilain pétrin ! Assurément, elle « ne doit pas être en enfer, mais croyez-vous possible qu'elle soit « installée dans le Paradis, avant que toutes les générations y soient « clles-mêmes ? Quant au Père Adam, c'est autre chose. Le démon ne « l'a point abordé, redoutant sa supériorité, et c'est au désir de sa « compagne qu'il a cédé. Où est-il ?... je ne sais, mais vu cette cir- « constance très atténuante, l'idée qu'il soit au ciel ne me froisse pas. « Maintenant, là-haut, peut-être nous est-il permis de nous attendre « les uns les autres. Dans ce cas, il se peut qu'Adam n'ait pas consenti « à se séparer de l'os de ses os, de la chair de sa chair ! Je soumetts « cela à vos méditations ! »

(Lettre à une amie, 18 septembre 1923).

« ...Je ne vois pas pour quel motif je ne jouirais pas d'écrire à qui « bon me semble. Sœur Germaine me consulte-t-elle pour faire des « rapports mensongers sur mon compte ? Eh bien, moi, je n'ai pas « davantage à la consulter pour écrire des vérités à Pierre ou à Paul. « Le grand apôtre saint Paul a été le prisonnier de l'Empereur Néron « que l'histoire nous peint comme un monstrueux tyran. Néanmoins, « jamais il n'est dit que ce monstre empêcha son prisonnier d'écrire « et à Timothée et à Tite et à ceux-ci ou ceux-là de ses disciples. En « venant ici, Monsicur, je ne suis point venue comme une prison- « nière, mais comme une pauvre victime ne sachant où aller reposer « sa tête fatiguée et toute remplie de choses que les gens terre à terre « ne sauraient comprendre... ! D'où vient cette vilaine méchanceté ?... « Assurément pas de Dieu. Or, les théologiens, ai-je lu, n'admettent « pas d'intermédiaire... Vous êtes inspiré du démon !... C'est effroya- « ble à penser. »

(Lettre au Médecin-Directeur, 12 juin 1917).

Puis les périodes de calme s'établissaient, plus ou moins longues. Quelques-unes cependant ont atteint jusqu'à six mois et parfois permis des sorties en congé.

Quelques prodromes annonçaient les périodes de mélancolie. La malade demandait alors une vieille robe afin de ne pas perdre ses vêtements propres. Au début d'un accès, le 8 mai 1904, l'observation porte en note : « Depuis plusieurs semaines, la malade était très améliorée, elle s'occupait régulièrement et ne tenait plus aucun propos délirant. Mais depuis trois jours, elle dit ressentir un changement dans sa tête..., elle entend un chaos extraordinaire et dit qu'elle va devenir idiote. »

L'état se précise, caractérisé invariablement par une attitude prostrée ; la malade très tourmentée reste immobile dans un coin. Interrogée, elle dit qu'elle est la cause de grands malheurs, qu'il faut la tuer. Il est arrivé de grandes catastrophes dans sa famille, elle n'est plus digne de vivre, a commis de grandes fautes qu'il faut qu'elle expie et veut qu'on lui coupe la tête. Parfois, puérilisme, zézaye : « bébé ne veut pas faire ceci, bébé ne veut pas faire cela », refuse de se coucher, de s'alimenter ; gâtisme permanent au cours de ces accès.

Les hallucinations sont très actives : elle croit entendre la voix de son frère au salon, « il l'appelle, elle veut lui parler de suite », entend aussi la voix de ses sœurs, des bruits sous la terre, « où il y a lutte entre le bien et le mal ». Il ne faudrait pas qu'elle mange, ni qu'elle parle, cela fait tort à sa famille, ce sont des voix réelles qui le disent. Elle a pensé à se faire du mal, se disant ce sera mieux pour tout le monde, mais pas de choix de moyens, pas d'exécution.

Ses lettres sont alors très différentes : brèves, sans ordre, d'une écriture tremblée, souvent à peine formée et il lui arrive de garder une feuille de papier tout le jour devant elle, sans écrire un mot, « elle ne sait que dire ».

« Ma chère mère, mes chères sœurs, mes chers frères, je veux me « sacrifier pour sauver la Patrie, pour sauver ma famille. Je ne suis « point une sainte comme je le croyais. Sauvez-vous et laissez-moi. « Merci du mal que vous vous êtes donné pour moi. Pardon des pei- « nes que j'ai pu vous faire. »

(Lettre non datée par elle, mais du 30 juillet 1908).

« ...Chers parents, je vous aime bien, mais je sais plus que faire... « Je vous aime bien... Tours, rue Victor-Hugo... Je me repends d'avoir « écrit contre eux et B. (nom de famille de la malade) contre Sœur « Germaine »..., non datée.

Au décours des crises, les phénomènes de dépression s'estompent lentement, mais des préoccupations hypochondriaques naissent et à nouveau les tendances hétéro-accusatrices s'exacerbent encore. Elle éprouve le besoin irrésistible d'exercer la critique, déceuvre dans les

actes les plus simples et les plus légitimes d'autrui une intention défavorable ou hostile à son égard.

En octobre 1933, la malade est transférée à l'Infirmierie, car elle paraît avoir fait un petit ietus (confusion mentale, gâtisme, raideur plus prononcée du bras droit avec maladresse des mouvements, œdème des jambes, agitation motrice). Tension artérielle au Pachon : 19-11. Le 20 décembre, demeure confuse et affaissée, mais l'état physique est amélioré.

Ainsi les accès se sont succédé suivant un rythme à peu près constant, quatre à six mois : agitation maniaque ou dépression mélancolique — quatre à six mois : calme. Nous n'avons jamais relevé la transition brusque de manie à mélancolie dont parlait Falret : « Le malade qui s'est endormi la veille dans l'excitation se réveille le lendemain dans la dépression. » Il faut cependant insister sur le fait que les accès maniaques dominent cette longue psychose maniaco-dépressive et que les périodes de calme absolu ne s'observent que pendant un mois ou deux. Il s'agit de ce que Ritti appelle folie périodique à formes alternes, dans laquelle une intermittence ou retour à l'état normal se produirait après chaque phase d'accès. Ces intervalles ne sont ni diminués, ni raccourcis avec la répétition et la prolongation des accès. Ils ont gardé le même caractère avec une teinte plus marquante de subexcitation légère ou de préoccupations hypocondriaques parfois.

Depuis 1933, les crises sont plus brèves, avec une symptomatologie atténuée et, en octobre 1934, se produit le dernier accès de manie. Actuellement, plus aucun trouble et notre malade jouit de la plénitude de ses facultés ; elle est calme, douce, sans aucun des exigences et fantaisies qui l'ont rendu autrefois si difficile.

Le problème de la possibilité d'un affaiblissement intellectuel dans la psychose maniaco-dépressive a été souvent évoqué. Kræpelin, individualisant cette « folie », déclare que ces accès « ne conduisent jamais à un affaiblissement intellectuel profond même lorsqu'ils remplissent sans interruption la vie tout entière ».

Pour J. Falret, ces malades « baissent beaucoup moins intellectuellement et même physiquement que la plupart des autres hommes et surtout que les autres aliénés arrivés à l'état chronique... parvenus à l'âge de 60 ou 70 ans, ayant conservé, malgré cet âge avancé et malgré l'ancienneté de la maladie, une activité intellectuelle presque juvénile ».

Reboul-Lachaux et Bouyer, étudiant le pronostic de chronicité des états maniaco-dépressifs, affirment qu'ils n'aboutissent pas à la démence : « Si, au cours d'une évolution prolongée, il y a apparition de signes démentiels, la démence est due à un facteur

surajouté (artério-sclérose-involution). » Enfin, pour Rouart, ce sont des états « essentiellement non démentiels ».

Notre observation illustre ces données, et nous voyons là des troubles psychiques persistant pendant toute une vie sans retentir de façon appréciable sur le fond mental. Peut-on parler dans ce cas de guérison tardive et lui appliquer cette opinion d'Halberstadt sur les états chroniques et incurables :

« Une affection chronique est donc simplement une affection « de durée anormalement longue, mais qui peut guérir. »

Cette guérison, terminaison rare, mais qui peut se rencontrer dans certains cas, est signalée entre autres par Régis dans son *Traité de Psychiatrie*. Les observations que nous avons trouvées dans la littérature, n'évoluant pas sur des périodes suffisamment étendues, ne permettent pas d'être affirmatifs. Il s'agit peut-être simplement pour notre malade d'une intermittence particulièrement longue, mais qui nous a parue intéressante à signaler par le contraste qu'elle offre avec ce long passé psychopathique.

BIBLIOGRAPHIE

Gilbert BALLET. — *Traité de Pathologie Mentale*.

REBOUL-LACHAUX et BOUYER. — Note sur le pronostic de chronicité au cours des états maniaco-dépressifs. *Congrès de Bordeaux*, 1931.

ROUART. — Psychose maniaco-dépressive et folies discordantes. *Thèse Paris*, 1935.

G. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude des états chroniques de la psychose maniaco-dépressive. *A.M.P.*, janvier 1937.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 10 Mars 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

PRÉSENTATIONS

Sur l'évolution des délires d'influence. Trois degrés de déficit résiduel, par MM. J. VIÉ et M. VILLEMEZ.

Dans notre travail sur les démences vésaniques, communiqué à la Société le 23 décembre 1937, nous avons fait allusion à trois malades atteintes de délire d'influence, qui au bout d'une vingtaine d'années d'évolution, présentent des séquelles de gravité inégale, mais toutes importantes et relevant d'un type psychomoteur particulier.

Voici ces trois femmes. Les notes prises sur elles autrefois permettent d'affirmer une forme pure de délire d'influence, avec prédominance presque exclusive du syndrome d'automatisme mental et des hallucinations psycho-motrices. Dans deux de ces cas, le diagnostic a été posé par Mignard, qui avait même présenté l'une d'elles à la Société, il y a 17 ans : il l'opposait, en tant que séquelle démentielle vraie, à un autre type, de symptomatologie beaucoup plus étendue, surtout de superstructure idéatoire bien plus riche, mais d'évolution beaucoup moins déficitaire (1).

Nous résumerons ces observations, nous bornant à indiquer

(1) MIGNARD. — De la nature de la démence survenant au cours de certains délires, *Soc. méd.-psych.*, 29 mars 1921,

les éléments du diagnostic, pour insister sur les phénomènes psycho-moteurs et l'état actuel.

OBS. I. — *Délire d'influence. Manifestations psycho-motrices intenses, d'abord du domaine érotique (nymphomanie), 1917 ; puis mouvements automatiques violents à forme de tics graves. Limitation de l'activité. Conservation de l'intelligence.*

Léonie L., née en 1877, internée à 43 ans en 1920.

Père atteint de « folie mystique » non interné, 4 frères et sœurs morts en bas-âge ; un frère mort de tuberculose, une sœur très nerveuse.

Jeune fille, elle présente de l'aphonie émotive transitoire. Douce, mais étrange. Mariée, a un fils.

La maladie commence à la mort du mari tué à la guerre. Le début en est marqué par des *impuistons érotiques* et des *impulsions à la marche* (elle part à pied en Bourgogne).

Internée pour « nymphomanie », 1920. On relève sur les certificats : Dégénérescence mentale, idées obsédantes, impulsions érotiques, on voit tout ce qui se passe chez elle, on lit dans sa pensée (Dagonet) ; diverses personnes agissent sur elle par la pensée, elle ressent des secousses électriques, on répète ses pensées, hallucinations de la sensibilité générale (Toulouse).

D'après sa sœur, à partir du mariage de son fils, 1926, elle cesse de s'occuper, les mouvements des mains apparaissent.

En décembre 1931, elle est considérée comme présentant un affaiblissement intellectuel, reliquat d'un délire d'influence (X. Abély).

Depuis lors l'état est absolument stationnaire. Très amaigrie, elle parle souvent seule et parfois déclame la nuit.

Mais Léonie est surtout remarquable par les *mouvements automatiques de ses mains*. Sur un fond d'extrême nervosité habituelle, ceux-ci surviennent soit isolément, soit par véritables crises. Leur soudaineté, leur coordination d'ensemble les apparentent aux tics. Souvent bornés à de simples crispations des doigts, ils se généralisent parfois, les mains entières se crispent, se referment brusquement, s'élèvent, elles semblent se raccrocher à quelque objet invisible : parfois tout le corps se contracte jusqu'à ébranler la chaise sur laquelle la malade est assise : jamais il ne se produit de chute.

Ces mouvements ne peuvent être suspendus par la volonté, dit Léonie. Ils semblent renforcés par les émotions, mais bien qu'ils interdisent le travail, qu'ils gênent l'alimentation, ils n'ont aucun caractère intentionnel et surviennent aussi bien la nuit que le jour.

Les réflexes tendineux sont très vifs. Les réflexes de posture du biceps sont exagérés et leur recherche détermine un blocage et déclenche les mouvements de la main. Le réflexe cutané plantaire est en flexion.

Des *troubles subjectifs* précèdent et accompagnent les mouvements : « Je sens comme des picotements, dit Léonie, la main est

chaude ». Elle parle du *tirage* qui la tourmente et ajoute : « Quand on a trop tiré, je *me raccroche* ». Elle redoute ce tirage, s'enfonce les ongles dans la peau, ne peut donner aucune raison de tout cela : « Je n'en sais rien du tout », répète-t-elle.

Elle ressent aussi des douleurs continues, des ferrures lui entrent dans les chairs, parfois ce sont des douleurs oscuses.

Le seul thème persécutif a pour point de départ une injection de sublimé, lors de son accouchement. Le sublimé « resté dans son corps, fait appel aux courants du dehors ».

Léonie L... présente ainsi des séquelles importantes d'une psychose hallucinatoire à prédominance psychomotrice et cœnesthésique, avec tout un jeu d'impulsions et d'inhibitions qui entravent le cours de la pensée et font de plus, d'elle, une *infirme motrice* comme le serait une choréique. Mais elle n'est en rien une démente. La conscience n'est abolie à aucun moment, l'intelligence, la mémoire sont conservées, ainsi que le contact avec l'ambiance.

OBS. II. — *Délire d'influence* (Mignard, 1921). *Affaiblissement rapide : opposition, mutacisme, attitudes de défense, oisiveté, absence de désirs.*

Marie G., née en 1881, internée en 1921, à 40 ans.

Mère morte à Ville-Evrard ; père mort paralysé ; une sœur qui la visite complètement délirante.

Marie a son brevet élémentaire ; institutrice libre, elle devient interprète d'anglais pendant la guerre, c'est alors que commence la maladie en 1917.

G. de Clérambault note entre autres, le 20 janvier 1921 : « Délire de persécution. Polymorphisme. Influence. Voix peut-être psychiques. Troubles cœnesthésiques. Erotisme. Empêchée de prendre du dessert, de changer de linge, etc. Odeur d'éther, électricité, secousses. Inhibitions, suivie, épiée, injuriée... vague complot... caractère paranoïaque, système interprétatif restreint... »

M. Mignard porte le diagnostic de délire d'influence, il note les troubles de la sensibilité viscérale et musculaire : courants électriques, choes dans le cœur, sensations sexuelles envoyées à distance, etc., la réticence déjà très nette.

Dans les années suivantes, les manifestations hallucinatoires se limitent progressivement, mais il persiste un état de défense et d'opposition habituelle. Marie G. reste oisive.

Actuellement nous la voyons négligée, à peine coiffée, laissant tomber ses bas. Tantôt elle soliloque à voix basse, tantôt elle reste dans le silence, ne parlant pas aux autres malades, parfois elle les injurie ou les frappe. L'interrogatoire est difficile, la malade n'exécute pas les ordres, ne répond qu'après de multiples questions et ses

réponses demeurent évasives. Néanmoins elles témoignent de la persistance relative de l'intelligence, d'à-propos, et de la conservation du contact avec l'ambiance. Elle nie toute hallucination, toute idée délirante. Un sourire adéquat souligne sa volonté de réticence. Et c'est un sourire tout différent qui accueille la visite de sa sœur, Marie G. paraît alors bien moins contrainte, elle se détend, répond avec plus de facilité. Mais elle n'exprime aucun désir, pas même celui de la sortie que sa sœur lui suggère, sans parvenir à le lui faire énoncer.

L'examen physique est rendu impossible par une opposition tenace.

L'aspect démentiel est bien plus accusé que chez Léonie. Il n'y a aucun phénomène psycho-moteur positif. C'est l'opposition qui domine avec des inhibitions et des attitudes de défense, mais les unes et les autres ne semblent plus répondre à un processus délirant actif. Bien que la malade soit encore capable d'une orientation d'ensemble, et plus intéressée à l'ambiance qu'on ne pourrait croire, l'affaiblissement cependant n'est pas douteux : en l'absence de tout élément dépressif, la négligence de la tenue, la gloutonnerie alimentaire, l'oisiveté facilement acceptée, la disparition du désir de sortie, sont bien des signes de démence.

Obs. III. — *Délire d'influence* (Mignard, 1920). *Affaiblissement très rapide, immobilisation progressive. Parcimonie motrice extrême. Obéissance aux ordres. Séquelles d'oppositionnisme. Mutisme. Gâtisme.*

Fernande D., née en 1895, internée en 1920 à 25 ans.

Mère morte paralysée.

Intelligente, certificat d'études, employée de banque.

Début par des idées d'influence et des obsessions génitales, une fugue. Placée en mai 1920, Mignard porte le diagnostic de *délire d'influence*, note les pseudo-hallucinations, le sentiment d'emprise sur sa pensée, mais déjà en novembre des troubles profonds de l'affectivité, une inactivité presque complète. Fernande ne répond que quelques mots imprécis, qui traduisent une orientation et une mémoire conservées dans l'ensemble. Elle se montre réticente quant à la maladie : « Influences sur influences... j'étais possédée... des esprits différents qui viennent en moi... des reflets d'âme plutôt, des pensées... » On lui fait « voir des choses, entendre des pensées, sans arrêt... c'est la métépsychose ». Elle souffre « intérieurement ». On détourne son attention, on tente de lui imposer des actes.

Elle devient hostile, inactive, se cache sous les draps. En 1921, elle est indifférente et inerte, avec de brusques mouvements de colère. Le délire se réduit à quelques mots.

Depuis 6 ans, elle ne parle plus du tout. Elle gâte.

Nous la voyons tous les jours inerte dans son lit, la tête soulevée dans l'attitude de « l'oreiller psychique », la main devant les yeux

en visière. Elle ne se soulève pas pour les repas et l'on doit placer la cuiller dans sa main pour qu'elle se mette à manger.

Si la tête est en hyperflexion sur le cou, les pieds sont en hyperextension, en équinisme simple. Les tissus sont infiltrés dans les points déclives. Les joues pendantes rejettent les lèvres en avant, les mains sont succulentes, les pieds et les jambes infiltrés, violacés et froids, la paroi abdominale fortement adipeuse.

La mobilisation segmentaire de la malade couchée révèle aux membres supérieurs une flexibilité circeuse. Par contre l'attitude d'ensemble est irréductible : l'extension de la tête, la flexion des jambes rencontrent une opposition totale.

Ordonnons à Fernande de se lever. A notre surprise elle le fait sans difficulté, marche normalement, la tête un peu penchée ; elle s'assied sur la chaise indiquée, exécute les ordres simples, secoue latéralement la tête pour répondre : non. C'est d'ailleurs la seule modalité de réponse fournie. Elle reste sur sa chaise, inerte.

Elle se prête à l'examen physique, en dehors des réflexes pupillaires qui n'ont jamais pu être recherchés. On note une cyphose cervico-dorsale très localisée (C6 à D1), des craquements articulaires à la flexion des coudes, la limitation de l'extension des genoux.

Le réflexe de posture générale est conservé, les réflexes de posture du biceps sont très prolongés, mais sans à-coups.

Les réflexes tendineux, cutanés-abdominaux existent ; le réflexe cutané plantaire est nul. Pseudo-clonus du pied.

Le réflexe pilo-moteur est très net. La tache blanche sur le dos de la main est fugace, 5". Le pouls est à 78, la tension artérielle 11-8 (au Vaquez).

L'examen terminé, Fernande retourne sur ordre à son lit, s'y assied ; elle s'allonge sur ordre, mais ne retire pas, même sur ordre, son drap resté au pied du lit : elle ne le fait que lorsqu'on a approché le drap à portée de sa main. Elle a repris son attitude stéréotypée, la tête soulevée. On approche l'oreiller, la malade soulève davantage la tête pour qu'on le remette en place. Elle a donc saisi tout ce qui se passait autour d'elle.

Elle ne manifeste jamais ni impulsion, ni grimace, ni rire immotivé.

Nous avons insisté sur les phénomènes moteurs, positifs ou négatifs, présentés par ces malades, parce qu'ils nous paraissent très caractéristiques de leur état, parce que dès le début ils semblent avoir une valeur pronostique, enfin parce qu'ils posent le diagnostic avec la démence précoce, dont nous sommes portés à les distinguer.

1. L'état résiduel paraît en effet dominé par les troubles psychomoteurs. — Le jeu des inhibitions motrices et des actes imposés, des inhibitions idéiques et des pensées imposées, autrement dit l'automatisme mental et l'automatisme moteur ont laissé, après

la phase initiale riche en troubles subjectifs, *cet appauvrissement général de l'activité* sur le fond duquel se détachent les *tics* de la première malade, *l'opposition habituelle* de la seconde, la *rigidité stéréotypée* de la troisième.

On peut se demander quelle est la *valeur de ces attitudes*, ainsi que de la réticence relative et du mutisme. Nous avons envisagé pour les mouvements automatiques de Léonie, la possibilité d'une psychogénèse, à l'exemple d'un cas rapporté par Bleuler. Aucun indice de l'histoire antérieure ne nous a suggéré quelque interprétation de ces mouvements complexes, qui, bien que coordonnés, ne rappellent aucun geste professionnel. Et le tirage dont parle la malade ne traduit que l'impression d'énervement prémonitoire à son apparition.

S'agit-il donc *d'attitudes de défense* en face de cette agression toujours immanente et si pénible de la personnalité qui donne naissance aux sentiments d'influence et de possession ? Il faut, croyons-nous, distinguer nettement deux périodes. A l'activité du processus hallucinatoire répondaient l'hostilité continue et généralisée, les impulsions violentes, l'anxiété. Actuellement, nous assistons à la phase des *sequelles*. Le visage de nos malades n'exprime plus d'angoisse particulière. Léonie subit des tics, résignée à l'inévitable. L'opposition, chez Marie, ne domine plus le caractère, elle demeure virtuelle, il faut la provoquer par une initiative. Encore sa fermeté se baigne-t-elle d'indolence, s'agrémente-t-elle parfois d'un sourire. La résistance de Fernande se stérécotype dans une seule attitude par une modalité résiduelle.

L'opposition active du début a fait place, pourrait-on dire, à des attitudes de *défense passive*, témoins maintenant vides de sens, dépourvus de contenu, d'une activité délirante qui sommeille. L'intelligence, elle aussi, paraît plus immobilisée que détruite. Elle se révèle intacte dans un cas, affaiblie nettement dans le second. Chez Fernande, nous ne serons pas plus indulgent que Mignard, qui déjà, il y a 17 ans, admettait pour elle la démence vraie. Mais pour indiscutable qu'elle soit, cette démence revêt ici, avant tout, l'aspect d'une *infirmité psycho-motrice*.

II. — En quelques mots, nous voudrions indiquer en quoi la formule de ce déficit nous paraît se distinguer de la démence précoce.

Jamais, même chez Fernande, on n'a constaté *les dissociations fonctionnelles fragmentaires* caractéristiques. Ces malades n'ont jamais présenté de discordance dans aucun domaine, ni maniérisme, ni ambivalence, ni mouvements rythmiques, ni conservation des attitudes, ni trouble de la réalisation de leurs mouvements, ni rires immotivés. La mimique demeure adéquate à l'at-

titude générale. Elles n'ont pas rompu le contact avec l'ambiance, dans la mesure où il leur est encore loisible de le révéler.

III. — Nous venons de vous montrer trois cas *graves* de délire d'influence : nous n'en pouvons tirer de conclusions relatives au pronostic d'ensemble du syndrome. Par contre, nous pensons que, *dans le délire d'influence pur, la précocité et l'intensité des phénomènes psycho-moteurs objectifs* (inhibitions et actes imposés), contrastant avec la pauvreté idéatoire et imaginative de la superstructure, présentent une *valeur pronostique de gravité importante*.

La loi des âges, formulée par Truelle, lors de la discussion de la communication de Mignard, s'y trouve d'ailleurs pleinement vérifiée.

Dans les trois cas, nous avons vu les malades évoluer vers l'atténuation des manifestations délirantes et l'aggravation des troubles moteurs : ceux-ci, à forme de tics graves, d'opposition habituelle ou d'immobilisation dementielle réalisent trois degrés de séquelles, d'infirmités psychomotrices de formule spéciale.

M. CEILLIER. — Je crois qu'il vaudrait mieux recourir à l'expression syndrome d'influence qu'à celle de délire d'influence, car les idées d'influence ne constituent pas une maladie à pronostic très déterminé. On peut les voir ne durer que quelques jours, ou au contraire persister indéfiniment et s'adjoindre tous les signes de la démence.

M. J. VIÉ. — Je suis de l'avis de M. Ceillier. J'ai voulu, dans mon titre, user de la terminologie qui avait cours il y a plus de 20 ans. Le délire d'influence de jadis n'est pas une maladie, ce n'est qu'un syndrome qui, par lui-même, ne comporte pas un pronostic fatal. Mais ce pronostic est mauvais quand les idées d'influence sont associées à des troubles psychomoteurs importants.

Hyperkinésie gesticulaire et démence, par M. Paul COURBON et M^{me} BUVAT-POCHON.

Le malade, âgé aujourd'hui de 55 ans, est entré dans le service il y a deux ans, présentant les signes d'un affaiblissement dementiel, survenu insidieusement sans aucune anomalie motrice ou neurologique. Cet affaiblissement, constitué essentiellement par de l'incuriosité, de l'insouciance et de l'amnésie, est allé en s'aggravant jusqu'à réaliser la démence apathique que l'on constate aujourd'hui.

Ce qui caractérise cette démente, c'est l'adjonction relativement récente, puisqu'elle ne remonte guère qu'à quelques mois, d'une instabilité motrice atypique, qui consiste dans l'exécution incessante de différents gestes, tous bien correctement exécutés et dont la signification apparente semblerait être la rectification perpétuelle de la tenue. Il fouille ses poches, rajuste sa cravate, vérifie ses boutons, remonte le col de sa veste, brosse ses manches, déplace l'entre-jambe de son pantalon, retrousse ses moustaches, se caresse les joues du dos de la main, se mouche, s'éponge le visage, époussette son jabot. Debout il se promène, ou se dandine d'un pied sur l'autre, se tient sur les talons ou sur les pointes. Assis il se balance, étire ses manches, allonge une jambe, replie l'autre. Tout en mangeant il pianote avec les mains, tapote le pain ou le couvert. Pas un instant il n'est immobile.

Voici le résumé de son histoire :

Rien à signaler dans ses antécédents connus. Il fut toujours de mœurs paisibles, bon travailleur, bon fils, bon mari, bon ouvrier, pas buveur, très casanier quoique sociable.

Marié depuis aujourd'hui 32 ans, sa femme n'eut qu'une grossesse qui se termina par la naissance d'un enfant âgé aujourd'hui de 29 ans qui se porte bien.

Il fit son service militaire, puis la guerre dans l'infanterie, sans punition, ni galon. Il fut blessé par un éclat d'obus dans le thorax et touche une pension d'invalidité à 20 0/0.

Peintre il accomplit son métier avec régularité, bien vu de ses patrons et de ses camarades, dont plusieurs continuent à venir lui rendre visite à l'asile.

Depuis 1934 il était en chômage comme beaucoup d'autres et menait une vie oisive auprès de sa femme qu'il aidait aux soins du ménage, avec laquelle il s'est toujours très bien entendu, comme d'ailleurs avec tout le monde. Il ne sortait guère, lisait les journaux, faisait les commissions, mais en commettant des oublis pour lesquels il recevait des reproches qu'il supportait avec douceur.

En 1935 ces oublis furent plus fréquents et se compliquèrent des scènes suivantes : Il allait presque chaque jour dans son ancienne usine pour reprendre son travail, prétendant que son temps de chômage était terminé. Il avait des altercations avec le contremaître qui s'efforçait de le faire convenir que depuis plus d'un an son emploi était supprimé. Il convenait de ce qu'on voulait, rentrait tranquillement chez lui, mais le lendemain il reparaisait à l'heure de l'entrée des ouvriers, et la comédie recommençait.

C'est à la suite de ces menus scandales qu'il fut interné. Il entra à Ste-Anne, le 18 avril 1936, avec le certificat suivant : « Confusion mentale. Désorientation partielle. Répétition constante des mêmes

« propos : il faut qu'il revienne à la maison Panhard où il est réem-
« bauché. Idées de satisfaction ; il a été réélu chef d'équipe par un
« vote de confiance. Inconscience de son état. Tremblement des
« doigts. Pas de signes neurologiques » (Capgras).

Cette désorientation est allée en s'aggravant. Les premiers mois il lisait les journaux, écrivait à sa famille, réclamaït parfois sa place de peintre, quoi qu'ignorant la date et le lieu. Il n'exprimait aucune idée délirante.

Depuis des mois il mène une existence purement végétative debout, ne conversant avec personne, collectionne les vieux journaux et les papiers qu'il rencontre ne se souciant aucunement des membres de sa famille pendant le parloir, mangeant ce qu'ils lui apportent sans même les remercier. Ses réponses sont faites au hasard. Il ne peut indiquer ni son âge, ni son domicile, ni la nature de l'établissement où il est, ni la raison de sa présence.

Au début rien ne frappait l'attention dans son attitude. Il restait la plus grande partie de la journée assis à l'écart, lisant ou fumant, ou somnolant. Mais depuis la fin de l'an dernier, il est devenu remuant. Sans jamais adresser la parole à quelqu'un, ni faire aucun geste à l'adresse d'autrui, il est sans cesse en mouvement. Il a la bougeotte, disent de lui ses compagnons.

Sans cesse il se tâte, se frotte, se lève, s'assied, gesticule en inspectant ou palpant telle ou telle partie de son corps. Sa gesticulation, que nous avons décrite plus haut, est celle d'un individu préoccupé et impatient qui cherche à se rendre compte de la correction de sa mise, vérifie s'il n'a rien oublié dans sa toilette, manipule et contrôle les objets qui l'entourent.

Autant que l'on peut s'en rendre compte avec l'indocilité du malade, tous les signes des séries cérébelleuse, extrapyramidale ou autres sont négatifs.

Les réflexes pupillaires cutanés et ostéotendineux sont normaux. Les réactions humorales du sang et du liquide céphalo-rachidien pratiqués à son arrivée ont été négatives.

Recherchées à nouveau il y a quelques jours on trouve dans le liquide céphalo-rachidien : Albumine : 0,54. Pandy : 0. Weiehbrodts : 0. Leuco : 2. Benjoin colloïdal : 000.00,2,222,2.00.000. Elixir parégorique : 0.00. Meinicke : négatif. Bordet-Wassermann : négatif.

Nous ne retiendrons que deux points de cette observation : la nature du syndrome mental, la nature du syndrome moteur.

Le syndrome mental est incontestablement démentiel : perte de toute activité intellectuelle, amnésie, indifférence complète.

Aucun signe physique ou humoral ne permet d'identifier la nature de cette démence, qui rappelle aussi bien la démence vésanique ou démence précoce des anciens auteurs, que la démence de la chorée de Huntington.

Le syndrome moteur n'est pas celui de la chorée de Huntington, et on ne peut l'intégrer dans aucun des cadres de la nosologie neurologique.

Cette instabilité motrice n'a pas la brusquerie involontaire, ni l'amorphisme des myoclonies et par conséquent n'a aucune parenté avec le paramyoclonus de Friedreich, ni avec les chorées de Dubrini ou de Morvan. Notons en outre que nulle part on ne note les contractions fasciculaires de la myokimie.

Elle n'a pas la lenteur ondulante et monotone de l'athétose. Elle n'a rien de dysharmonique, d'incoordonné ni d'outré, et est sans rapport avec les changements d'attitude du corps et la mise en branle des mouvements. Elle n'a donc aucune parenté avec les dystonies motrices appelées spasmes wilsoniens faciaux, spasmes de torsion, hémiballisme.

Elle n'a pas le grimacement inexpressif et variable des stéréotypies démentielles.

Elle n'est pas arythmique, désordonnée, incoercible, irrégulière comme la chorée.

Cette instabilité motrice est en somme constituée par l'exécution parfaitement correcte d'une foule de gestes de la vie courante, gestes dont le seul caractère anormal réside dans leur incessante succession et leur inopportunité. Leur multiplicité empêche de les considérer comme des tics. Ils n'ont d'ailleurs rien de proprement impulsif. Le nom d'apparence scientifique qui leur conviendrait le mieux serait celui de stéréotypie, ce terme étant pris dans le sens banal de répétition.

En un mot, c'est une gesticulation perpétuelle et intempestive qui rappelle celle des épileptiques qui, à la fin de leur crise, exécutent automatiquement et très correctement des actes dont personne ne croirait qu'ils sont de nature pathologique et que M. Marchand a bien étudiés. Cet auteur considère ces actes comme l'expression de la libération de l'automatisme habituel, par la suppression momentanée du contrôle supérieur. Chez l'épileptique, c'est la confusion, chez notre malade c'est la démence, qui sont à incriminer.

Notons que l'encéphalite épidémique peut parfois, comme l'ont montré Danielopoulo et Radovici, produire l'ébauche d'un tel syndrome.

De tels cas sont de nature à justifier la vieille conception des psychoses de la motilité défendue jadis par Wernicke et par son successeur Kleist. L'hyperkinésie au même titre que l'akinésie était un élément essentiel de ces psychoses, dont les éléments

psychiques variaient à l'infini englobant toutes les démences et les vésanies.

Wernicke appelait hypermétamorphose la tendance de ces malades à s'arrêter aux impressions sensorielles et à porter l'attention sur elles. Peut-être interpréterait-il ainsi les gestes multiples de notre malade, qui a l'air de se tâter, de s'observer constamment tout le corps. Cette hypermétamorphose n'est que la régression démentielle du stade de conscience objective au stade de conscience sensitive, dans la conception de Wallon.

Kleist considérait que la condition de ces psychoses de la motilité était une lésion du système cérébro-fronto-cérébelleux. Il sera intéressant de suivre l'évolution de notre sujet pour voir si chez lui cette émancipation de la fonction motrice n'aboutira à une dégradation de celle-ci, faisant de lui un athétosique, un choréique ou un trembleur véritable.

S'il en était ainsi, notre malade serait à rapprocher des idiots, dont Mme Bonnafous-Sérieux et M. Ey ont projeté le film à la dernière séance. Ces idiots semblaient s'amuser de leur athétose. Il y avait chez eux intrication évidente des facteurs physique et psychique. Chez notre dément, il y aurait eu succession apparente de ces deux facteurs.

M. P. COURBON. — La remarque que vient de me faire notre collègue Vieux, de Divonne, me paraît intéressante à faire connaître. Il a constaté chez des gens mentalement normaux, la même gesticulation intempestive et incoercible, aux moments de surmenage. Un homme d'affaire présentait, à la fin des journées où il s'était beaucoup dépensé, la coexistence paradoxale d'un sentiment d'épuisement qui le rendait inapte à tout effort intellectuel, même à la lecture ou à la conversation et d'un besoin de mouvement qui l'empêchait de rester immobile sur le divan, où pourtant il éprouvait l'envie impérieuse de s'étendre. La fatigue, dans ces cas, joue le rôle libérateur de l'automatisme moteur, qui est libéré par la confusion chez les épileptiques et par la démente chez notre dément.

La séance est levée à 11 heures.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 28 Mars 1938

Présidence : M. CAPGRAS, ancien président

Adoption du Procès-Verbal

Le procès-verbal de la séance du 10 février 1938 et le procès-verbal de la séance du 28 février 1938 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de MM. les D^{rs} FILLASSIER, *président*, et LAIGNEL-LAVASTINE, *vice-président*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance : conformément au règlement, la séance est présidée par le plus ancien membre titulaire présent ;

une lettre du D^r Samuel RAMIREZ-MORENO, de Mexico, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre du D^r Juljan DRETLE, de Cracovie, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de Mme Georges PETIT, qui remercie des sentiments qui lui ont été exprimés au nom de la Société, à l'occasion du décès de son mari, le D^r Georges PETIT ;

une lettre du D^r André BELEY, chef de clinique à la Faculté de Paris, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une commission, composée de MM. GUIRAUD, MIGNOT et SENGÈS, chargée de l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 avril 1938.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire

Une place de *membre titulaire* est déclarée vacante. Les candidatures, accompagnées d'un exposé de titres et travaux scientifiques, devront être parvenues au Secrétaire général avant le lundi 25 avril, date à laquelle sera désignée la commission chargée de l'examen de ces candidatures. L'élection aura lieu à la séance du lundi 23 mai 1938.

Reprise des Congrès internationaux de psychiatrie

A la *Société suisse de Psychiatrie* qui, le mois dernier, avait, à l'occasion de cette éventualité, adressé un questionnaire à la Société Médico-psychologique, celle-ci fait les réponses suivantes : La Société est d'avis : 1° de reprendre les Congrès internationaux de Psychiatrie; 2° de collaborer au prochain Congrès en souhaitant que la Société suisse de Psychiatrie constitue un Comité d'organisation; 3° qu'en raison de l'instabilité mondiale et de l'instabilité des changes, on ne peut pas encore fixer la date ni le lieu de ce Congrès; 4° de désigner le Dr René CHARPENTIER comme délégué de la Société Médico-psychologique au Comité d'organisation de ce Congrès; 5° que le nombre des rapports soit limité, et qu'aucune communication étrangère à l'objet de ces rapports ne soit autorisée; 6° que le moment de fixer l'objet des rapports et les noms des rapporteurs devra coïncider avec celui de la fixation de la date du Congrès; 7° que les cinq langues diplomatiques officielles : français, anglais, allemand, espagnol, italien, soient proposées pour les rapports et discussions.

COMMUNICATIONS

Tremblement de type pithiatique, céphalées avec bouffées confusionnelles, perturbations sympathiques cervicales (d'origine traumatique). Guérison par le venin de cobra, par MM. H. BARUK et R. MATHON.

On admet encore souvent que le pithiatisme, tel qu'il a été défini par Babinski, représente un syndrome d'ordre purement psychologique et l'on se fonde habituellement, pour défendre cette conception, sur l'influence de la suggestion et la guérison facile des troubles par persuasion.

En réalité, les limites paraissent beaucoup moins tranchées entre les manifestations psychologiques et les troubles physiologiques. C'est ainsi que bien des syndromes ayant les caractères classiques des accidents dits pithiatiques, et notamment la possibilité d'être guéris, en quelque sorte à volonté, comportent dans l'épreuve thérapeutique classique d'autres facteurs que la persuasion, comme des modifications vaso-motrices et neuro-végétatives. C'est pourquoi, l'un de nous, dans son rapport du Congrès de Bruxelles (1), a parlé de curabilité par des procédés « plus ou moins psychothérapiques ».

(1) L'hystérie et les fonctions psycho-motrices. Congrès de Bruxelles, 1934,

Ultérieurement, avec Racine (1), il a même décrit, au cours de certains accidents pithiatiques avérés, une tachycardie spéciale vérifiée à l'électrocardiographe, disparaissant avec l'accident pithiatique. Il a enfin attribué l'action curative du scopochloralose, non plus seulement à l'action psychothérapique, mais surtout à ses propriétés bradycardisantes et aux modifications neuro-végétatives importantes provoquées par cette association médicamenteuse.

Nous rapportons ci-dessous une nouvelle observation d'accident névropathique rappelant le pithiatisme, dans la genèse duquel les perturbations vasculaires et neuro-végétatives semblent jouer un rôle de premier plan.

Voici tout d'abord notre observation :

OBSERVATION. — M. S..., électricien à la T.C.R.P., entre au service libre Julien-Raynier, le 14 janvier 1938. C'est un homme de 37 ans, qui semble vieilli prématurément et dont l'attitude est celle de quelqu'un qui souffre, le visage pâle, les yeux cernés, la démarche lente et à petits pas. Il parle d'une voix lente, sans faire aucun mouvement.

Il nous raconte ainsi que, engagé volontaire à 17 ans, il fut commotionné en juillet 1918. Un obus l'ayant projeté en l'air, il est retombé sur la tête. On lui a dit par la suite qu'il avait perdu du sang par le nez et les oreilles et qu'il aurait eu une congestion du cervelet. Il avait perdu connaissance et n'a repris ses sens que bien longtemps après, évacué à l'hôpital de Chantilly. Il ne se souvient de rien et lorsque son père lui rend visite, quinze jours après, il dit qu'il était encore « hébété ». Il refuse cependant toute convalescence et remonte au front trois semaines après sur sa demande. A partir de ce moment, il souffre de maux de tête intenses et, pris parfois de « saisissements », il tombait à terre : « Ma tête tournait, j'avais une bouffée de chaleur et je tombais à terre. » Mais il sentait venir sa crise, prévenait son entourage ou s'acrochait où il pouvait et ainsi tombait le plus souvent sans se blesser.

Il avait parfois jusqu'à deux crises par jour en rapport avec les conditions atmosphériques et le froid : le port d'un passe-montagne le soulageait aussitôt.

Démobilisé, il part comme sous-officier instructeur volontaire en Russie, en mars 1919, au moment de l'affaire polonaise. Les divers épisodes de la campagne le conduisent de Posnanie en Ukraine, puis il rentre en France par Fiume. Il est à remarquer que pendant toute

(1) H. BARUK et RACINE. — Tachycardie au cours de trois cas d'accidents pithiatiques. Disparition concomitante des troubles cardio-vasculaires et de l'accident pithiatique par le scopochloralose. Etude électro-cardiopathique. Société de Neurologie, 6 janvier 1938.

la campagne, malgré un froid intense (moins 30°), il n'a aucun malaise; toutefois, il prend des précautions en se couvrant et en se tenant la tête au chaud. Il présente à ce moment-là une furonculose intense. Libéré en décembre 1919, il présente toujours des maux de tête, mais plus de crises. Cependant, à la suite d'une contrariété avec sa mère, nouvelle crise.

C'est alors qu'il part pour l'Afrique comme volontaire aux Zouaves. Il contracte le paludisme, une anémie consécutive; très faible, il est évacué en France, car il souffre de maux de tête effroyables, de vertiges. Il est hospitalisé à sa rentrée au Val-de-Grâce où il reste quelque temps en observation, souffrant toujours énormément, surtout dans la partie occipitale de la tête et du cou. A la suite d'incidents qu'on ne peut préciser, il est envoyé à Villejuif, au pavillon Henri-Collin, en 1920, où il reste six mois environ, pendant lesquels il est tour à tour extrêmement déprimé et inquiet de son état et en proie à des céphalées paroxystiques. Un jour qu'il est contrarié, il tombe à terre, raide, sans pouvoir bouger, tout d'une pièce, en hyper-extension. C'est ce qu'il appelle sa première paralysie qui dure une quinzaine de jours. Ses membres étaient en extension, très raides, contracturés. Pendant cette période, il n'a jamais perdu ses urines, ni ses matières. Il sort peu après de Villejuif, et, grâce à sa volonté, il reprend le dessus, mais la marche et les mouvements en général sont très difficiles et ne reviennent encore qu'incomplètement. Mais il souffre toujours de maux de tête effroyables, « à se jeter la tête contre les murs ».

Il rentre alors, après son mariage, en 1922, comme électricien à la T.C.R.P., et, pendant les quatorze ans qui vont suivre, mène une vie régulière où il travaille, mais souffre toujours par intervalles.

Il y a quatre ans, par manque de sommeil, il devenait nerveux. En effet, à ce moment-là, il travaillait la nuit à la T.C.R.P. et pendant le jour construisait lui-même une petite maison très confortable pour sa famille et lui. Il ne dormait souvent pas de plusieurs nuits, et comme il avait d'autres soucis, il était fort déprimé. Un jour, après un dur travail au cours d'un orage il constate à sa rentrée chez lui que sa température est de 38°6, et, contrarié par ses chefs qui ne veulent pas lui donner un repos, il tombe à terre avec des douleurs atroces dans la tête et dans le cou. Le médecin de la compagnie parle de congestion cérébrale et on lui fait plusieurs injections d'électrargol. Son cou était devenu raide, il ne pouvait bouger la tête sans de grandes douleurs. Il était inerte dans son lit.

Après une consultation, il est envoyé à l'hôpital Saint-Joseph, vu par le Dr Schœffer, on lui fait un examen complet avec ponction lombaire.

C'est à la suite d'une injection intra-veineuse dont on ne connaît pas la nature, qu'il recommence à souffrir et aurait été quadraplégique avec de l'hypoesthésie (il ne sentait rien lorsqu'on le piquait avec des épingles).

Ramené chez lui, puis envoyé à la Pitié, dans le service du Professeur Laignel-Lavastine, on lui refait un examen complet et on demande une consultation du D^r Clovis Vincent, car, à cette époque, en plus des troubles cités plus haut, il présente, dès qu'il est assis, des vomissements en fusée du type hypertension intra-cranienne. Cette consultation l'impressionnant beaucoup, il veut s'y soustraire et repart chez lui.

Peu à peu, tout rentre dans l'ordre, mais se place alors un incident : le 6 février 1934, il suit le défilé des Anciens Combattants vers la Concorde, il se trouve pris dans la bagarre et blessé à la tête d'un coup de crosse de fusil. Il ne perd pas connaissance, saigne beaucoup, et il ne signale aucune suite à ce traumatisme.

Pendant quatre ans, il se sent très bien, mais, progressivement, le sommeil disparaît, si bien qu'après les vacances de l'été 1937, ayant repris son travail, il se sent obligé de s'arrêter, le 13 septembre, car il souffre trop et ne peut réagir : il a des frissons, des vertiges, se trouve sans forces, il a des bourdonnements d'oreille, il entend des bruits de sirène. Subitement, les maux de tête apparaissent, mais ne sont pas accompagnés de vomissements. On le traite au lysochoc.

Le 14 septembre, alors qu'il se sentait mieux, après le repas du soir, et qu'il donnait une explication à un de ses enfants, il a soudain l'impression de s'évanouir, mais il reste assis, ne change pas de position, le visage très congestionné. Perte de la mémoire et des sens pendant cinq minutes. Son regard reste fixe pendant deux heures au moins. Sa raison est troublée de suite après cette sorte d'état onirique : il voyait des Allemands partout, ils allaient venir ; pas d'agitation. En somme, accès confusionnel onirique : amnésique, à la suite d'une crise cataplectique.

On le transporte à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, où, en raison de son agitation, on le maintient en cellule avec la camisole. Il ne se souvient de rien, il voyait simplement des formes passer devant lui, mais ne pouvait reconnaître personne. Subitement, au bout de plusieurs jours, à la suite d'un bruit de porte qui se ferme violemment, il se retrouve au moment de sa crise, demande si les enfants ont fait leurs devoirs, s'ils ne vont pas se coucher bientôt. Il persiste cependant un peu d'amnésie lacunaire.

Revenu chez lui le 4 décembre, il continue à se faire traiter à Saint-Germain, car il souffre toujours de la tête. Il va consulter le D^r Lhermitte, qui l'envoie à l'hôpital Henri-Rousselle, dans le service du D^r Génil-Perrin, où il ne reste que peu de jours. De là, il vient au service libre de la Maison Nationale.

Examen. — On ne note rien d'important du point de vue de ses antécédents héréditaires et familiaux. Son père, sa mère, ses frères et sœurs sont en excellente santé. Marié, sa femme se porte bien, n'a jamais eu de fausse-couche. Ses trois enfants sont bien portants. Per-

sonnellement, il n'a jamais été malade antérieurement. Il est très sobre et nie l'éthylisme et la spécificité.

Du point de vue *neurologique* : les réflexes osso-tendineux sont normaux aux deux membres inférieurs et supérieurs, peut-être les avon-nous trouvés quelquefois un peu vifs. Pas de signe de Babinski. Les pupilles, qui sont égales, réagissent bien à la lumière et à l'accommodation (cercle sénile irien). Motricité oculaire normale. Tremblement des membres, surtout du membre supérieur droit, moins intense du côté gauche : tremblement très rapide, menu, sans caractère neurologique précis, diminuant pour disparaître parfois, il réapparaît chaque fois qu'une contrariété survient, que le malade souffre de céphalées, ou qu'il présente de la dépression. Pas de dysmétrie. Adiadococinésie légère du membre supérieur droit. Troubles de l'équilibre ; le malade se sent attiré en arrière, les yeux fermés, les talons joints. Du côté de la série extra-pyramidale, on ne note rien de précis. La marche se fait normalement, les bras bien balancés. Le malade se présente la tête soudée au corps, légèrement fléchie en avant. Lorsqu'il veut regarder à droite ou à gauche, c'est le tronc qui se déplace. Attitude douloureuse de souffrance physique. Instabilité tensionnelle. Parfois, au cours de la conversation, arrêt subit de la parole, le malade ne sait plus de quoi on parlait quelques minutes auparavant.

On fait faire un examen oculaire complet par le D^r Kalt, à l'Hospice national des Quinze-Vingts :

1° Hypermétropie bilatérale 2 + 3 D. avec troubles accommodatifs susceptible d'expliquer les troubles visuels dont se plaint le malade (vue trouble, choses qui se brouillent devant les yeux, impression de nuages). L'acuité après correction ne dépasse pas 3/10.

2° Rien d'anormal du point de vue objectif : *pupilles*, tonus oculaire, *motilité* (pas de diplopie au verre rouge), *fonds d'yeux*, normaux. Pression artérielle rétinienne = 35 (normale).

3° Rétrécissement CONCENTRIQUE des champs visuels à 20 — 30° autour du point de fixation. Tension artérielle : 12/7 au Vaquez. On donne par deux fois du scopochloralose au malade sans résultat.

C'est alors que, sur l'appréciation des radios de la colonne cervicale par le D^r Beaussenat et examen qui montrent des apophyses transverses allongées pour la dernière vertèbre cervicale, des traces de fissure et de décalage au niveau de la 3^e cervicale, on décide un traitement par l'ionisation à l'histamine et des injections quotidiennes de venin de cobra.

Au bout de quinze jours de traitement, douze injections de cobra-toxine, les maux de tête qui duraient depuis 20 ans ont disparu, ainsi que le tremblement. Le malade peut dessiner (dessin à la plume) alors qu'il ne pouvait le faire auparavant et qu'il ne pouvait se servir en aucun cas de sa main droite à cause du tremblement. L'amélioration est survenue dès la troisième piqûre. Le malade dort bien, ce qui ne

lui était pas arrivé de longtemps, a bon appétit, digère bien, reprend goût à la vie. Les céphalées ont disparu. La nuque est souple, la tête mobile sur le tronc.

Examiné à nouveau du point de vue oculaire, le 10 mars 1938, par le Dr Kalt, on trouve un changement important dans l'état oculaire *fonctionnel* du malade.

V.O.G. + 1 D.V. = 10/10 (au lieu de + 3 D.V. = 3/10).

La vision de près est normale sans verres (lit n° 1, 5) alors qu'il y a sept semaines, le sujet déclarait ne pouvoir lire que les très gros caractères (n° 20).

Le champ visuel est à peu près normal des deux côtés : 50° nasal, 60° temporal (il persiste un léger rétrécissement temporal) ; 50° en haut, 50° en bas, alors qu'il était concentriquement rétréci à 15° — 20°. Les fonds d'yeux restent normaux. La tension artérielle, qui était de 14-8 à l'entrée, a considérablement baissé, elle est actuellement de 12-7 et l'indice oscillométrique a baissé aussi dans des proportions notables (épreuves faites à l'oscillographe artériel de Boulitte).

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs titres :

1° L'accident moteur de type pithiatique a été associé ou a fait suite à un véritable accès confusionnel. Les rapports de la confusion mentale et de certains accidents pithiatiques, soulignés par G. Dumas, trouvent ici une nouvelle confirmation.

2° Ces troubles pithiatiques paraissent liés à des *troubles vasculaires manifestes*, eux-mêmes provoqués par une perturbation du sympathique cervical d'origine traumatique (fracture). Ainsi s'expliquent les céphalées violentes sur lesquelles, d'ailleurs, l'un de nous a insisté à maintes reprises dans nombre de syndromes pithiatiques, les troubles circulatoires céphaliques, les vertiges, et peut-être même la bouffée confusionnelle. On ne saurait trop insister sur l'importance dans la genèse de multiples troubles névropathiques ou psychopathiques des perturbations circulatoires dans la tête.

3° Enfin, ces accidents ont été guéris, non par les procédés psychothérapiques habituels, mais par un traitement pharmacodynamique à affinité vasculaire, le venin de cobra.

En même temps, l'état mental et névropathique a été complètement modifié.

De tels faits montrent donc l'intrication étroite de certaines perturbations psychologiques avec les troubles circulatoires et neuro-végétatifs.

4° Signalons enfin la constatation, au cours de la maladie, d'un rétrécissement concentrique du champ visuel qui a rétrogradé

dans des proportions très notables après guérison ainsi que l'hypermétropie. Ce sont là des troubles fonctionnels dont la pathogénie est complexe, mais qui cependant nous paraissent dans le cas particulier comporter un facteur physiologique.

M. HEUYER. — Le cas ne paraît pas démonstratif. Toute autre thérapeutique aurait eu le même succès. Le refus de se laisser examiner par le neuro-chirurgien était déjà un commencement de guérison.

M. ACH. DELMAS. — L'effet du venin de cobra ne paraît pas convaincant. Le rôle de l'épine organique irritative est minime, à côté de celui du pithiatisme qui est immense et qui, en ce qui concerne la guérison, semble avoir agi tout seul.

M. BARUK. — Je reconnais que le cas est complexe. Mais de tels cas permettent de se demander si des troubles neuro-végétatifs réels ne peuvent pas déterminer les réactions intenses, paradoxales, abracadabrantes du pithiatisme.

Troubles abasiques hystériformes chez un parkinsonien post-encéphalitique, par MM. P. SIVADON et P. QUERON.

Les manifestations hystériformes chez les parkinsoniens sont maintenant bien connues. Elles ont donné lieu à de nombreuses discussions doctrinales concernant la pathogénie de l'hystérie. Nous ne voulons pas soulever à nouveau aujourd'hui l'épineux problème, sur lequel l'accord est loin d'être fait, des rapports de l'hystérie et des fonctions diencéphaliques (1).

Notre intention, bien plus modeste, est de vous décrire une manifestation psychomotrice curieuse, d'un type que nous croyons peu fréquent, présentée par un de nos parkinsoniens.

L'observation de L... est par ailleurs banale.

Pas d'antécédents notables. Enfance normale. Il apprend le métier d'ajusteur mécanicien, fait son service militaire, puis travaille comme tourneur sur métaux.

Il est mobilisé au début de la guerre. En 1917, étant aux armées, il

(1) Rappelons seulement les travaux de CLAUDE, TINEL, MARINESCO, FROMENT, ROUQUIER, etc., et les importants rapports de LUDO VAN BOGAERT et de BARUK au Congrès de Bruxelles (1935).

contracte une encéphalite épidémique grave (hyperthermie, somnolence) et est renvoyé dans ses foyers. Il ne subsiste, à la suite de cette phase aiguë, que de violentes céphalées et parfois un invincible besoin de sommeil. Cependant, il se marie en 1921. Il est père de deux garçons en bonne santé.

C'est en 1923 qu'apparaissent les premiers symptômes parkinsoniens. Recrudescence des céphalées. Troubles du sommeil. Troubles de l'équilibre (vertige, etc...). Troubles du caractère. Idées de jalousie, vraisemblablement justifiées, mais avec un apport délirant certain et accompagnées de violences sur sa femme. C'est ainsi qu'il fut interné le 3 octobre 1930. Dès cette époque, les certificats signalent : « Possibilité d'exagération en ce qui concerne les manifestations psychopathiques ». En 1931, il est transféré dans un service de province, et, le 21 septembre 1937, nous le recevons à la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château.

Il présente un syndrome parkinsonien typique. Aspect soudé. Hypertonie généralisée. Tremblement. Faciès figé, mais cependant expressif. Palilalie. Tachyphémie. Troubles vaso-moteurs et sécrétoires (sialorrhée, larmolement).

Le fonds mental est assez bien conservé. Aux idées de jalousie se sont ajoutées de nombreuses interprétations délirantes concernant son internement. Il manifeste quotidiennement sa querulence avec « l'importunité assidue » si fréquente chez ces malades. Notons également quelques tendances interprétatives actuelles : les autres malades se moquent de lui, le traitent de « pochard », de « noceur », etc...

Dès les premiers jours de son arrivée, notre attention a été attirée par le phénomène suivant : lorsque, au cours de la marche (qui est saccadée, les pieds raclant le sol) notre malade veut franchir une porte ouverte, tout se passe comme s'il butait contre un obstacle imaginaire. Les pointes de ses pieds semblent prises dans un piège au niveau du pas de la porte. Les membres inférieurs du malade sont alors agités d'une sorte de mouvement de pédalage, comme pour les débarrasser d'une invisible étreinte.

Fréquemment, l'équilibre statique est rompu et L... doit s'appuyer au chambranle de la porte pour ne pas tomber en avant. Cette période d'inhibition psycho-motrice dure habituellement de 20 à 30 secondes. Après quoi, très brusquement, comme si l'obstacle avait été levé, le malade reprend sa marche. Ce phénomène se produit également s'il veut passer entre deux meubles un peu rapprochés et, en général, lorsqu'il se trouve avoir à la fois, à sa droite et à sa gauche, un obstacle quelconque (chaise, table, etc...).

Il ne se produit d'ailleurs pas obligatoirement. Notre malade repasse parfois sans gêne apparente à l'endroit même où il avait été bloqué quelques minutes auparavant.

Au moment où il se met à pédaler sur place, L... prétend ressentir comme un bruit de moulin dans sa tête : rro... rro... rro... ; les objets

paraissent tourner autour de lui de plus en plus rapidement, et il n'a plus l'impression d'être sur une surface solide. Il reconnaît volontiers que cela n'arrive que « lorsqu'il y pense ». Nous nous sommes assurés que le phénomène se produisait aussi alors que notre malade ne se savait pas surveillé. Il est certain cependant que l'émotion et la présence d'un public en favorisent l'apparition. Il se produit également la nuit, si le malade connaît les obstacles qui l'entourent.

Il est donc indiscutable que cette curieuse manifestation est déclenchée par des facteurs uniquement psychologiques. On ne peut songer à une phobie. Notre malade ne présente par ailleurs aucun trouble d'ordre obsessionnel. Il s'agit d'une inhibition psychomotrice qui, par son atypisme presque théâtral, a tous les caractères d'une manifestation hystérique.

Ce phénomène peut sans doute être rapproché des troubles décrits sous le nom d'astasia-abasie trépidante, et qui ont fait l'objet de récents travaux de Rouquier.

Dans son rapport au Congrès de Bruxelles, Ludo van Bogaert signale la particulière rareté des observations récentes de ce genre. C'est ce qui nous a décidé à publier celle-ci.

M. Ach. DELMAS. — Dans ce cas, les troubles vasomoteurs sont d'origine émotionnelle et non pithiatique. Et l'intensité de leurs effets est due à l'état particulier de la motricité parkinsonienne. Le mécanisme des réactions est à rapprocher du mécanisme de la maladie des tics et non du mécanisme de l'hystérie pithiatique.

Automutilation à but thérapeutique chez un dément présénile à forme dépressive, par MM. P. SIVADON et P. QUERON.

Nous voulons vous signaler un cas d'auto-mutilation que nous avons observé chez un de nos malades de la Colonie Familiale.

Le 15 février 1938, nous recevions à l'infirmerie le malade B., qui, d'après son nourricier, venait de se frapper violemment sur la tête avec une pierre, au point de se blesser profondément. En effet, à l'inspection du cuir chevelu nous constatons, au niveau de la région fronto-pariétale gauche, trois légères plaies ne dépassant pas la surface d'une pièce de cinquante centimes et peu profondes. Mais ce qui nous frappa alors le plus, c'est la formation d'une remarquable ecchymose « en lunettes », entourant d'un cercle rouge-violacé les deux globes oculaires et donnant au malade un aspect vraiment spécial. Soupçonnant un important traumatisme des parois du crâne,

nous pratiquons un examen local de la région blessée et nous constatons la présence d'une collection de consistance pâteuse, présentant de la crépitation neigeuse et enclavée dans une dépression ovale nettement délimitée par un bourrelet périphérique. L'état général du malade était cependant satisfaisant, sans aucun signe de compression intra-cranienne, ni de réaction méningée. Nous décidons alors de soumettre le malade à un examen chirurgical et radiographique complet, qui fut pratiqué le 23 février par le D^r Boulay (de Saint-Amand). Le film montra une opacité paramédiane pariétale gauche très nette, signe d'un enfoncement probable de la voûte crânienne en cet endroit.

Nous cherchons à nous renseigner sur les causes de cette grave lésion. Nous apprenons des nourriciers du malade que celui-ci se lançait fréquemment et avec violence la tête contre les murs, ou bien se frappait le crâne avec un caillou ou avec ses souliers, en disant d'une voix basse : « Il faut que je tue le mal ! Il faut que je tue le mal ! » Les coups portaient toujours au même endroit. Le reste du temps, le malade restait silencieux, ne se livrant à aucune occupation. D'ailleurs, à l'infirmerie, nous ne pouvons nous-mêmes obtenir que ces mêmes phrases ou de vagues paroles sans signification bien précise. Il était triste, déprimé, arrachait son pansement et se portait des coups de poing sur la tête.

D'après les renseignements de source administrative, nous apprenons que ce malade est âgé de cinquante-trois ans, métallurgiste de profession et divorcé. Il fut placé volontairement, en août 1936, avec un certificat du D^r d'Heucqueville : « Affaiblissement psychique léger. Accusations. Préoccupations délirantes à éclipses. Craint d'être empoisonné... Céphalées, hypertension artérielle, hépatomégalie persistante... Inactivité, monologues, fugues ».

Le certificat de transfert du 7 janvier 1938 (D^r Ducosté) indique : « Affaiblissement intellectuel présénile. Vagues idées hypocondriaques d'empoisonnement par intervalles... »

Malgré la sobriété de ces renseignements, il nous semble, en observant le comportement de ce malade, qu'il ne cherche pas à se tuer en se frappant avec une pierre, mais plutôt qu'il veut se débarrasser d'une douleur intolérable qu'il a lui-même nettement localisée à la région fronto-pariétale gauche, et que peut-être il a revêtue d'une personnalité quelconque, car nous l'entendons dire parfois qu'il veut « tuer le mal avec un revolver ».

Il semble qu'il y ait dans son geste quelque chose d'analogue à ce que divers auteurs ont observé chez les Kabyles et chez certaines peuplades primitives de l'Amérique du Sud, où le sorcier n'hésite pas à pratiquer avec un silex taillé une trépanation à un malade atteint de céphalées, de maladies nerveuses et particulièrement de « mal sacré », dans le but de chasser le mauvais génie enfermé dans le crâne. De plus, des fouilles ont permis de mettre à jour des crânes préhistoriques ainsi trépanés, probablement dans le même but (1). Notre

(1) GIRARD DE RIALLE. — Nos ancêtres. Paris, 1883.

malade semble donc, par une curieuse réapparition de la mentalité primitive, avoir voulu pratiquer une véritable auto-mutilation thérapeutique dans le but de se débarrasser d'un hôte indésirable, cause de ses pénibles céphalées.

Mais ce résultat, d'ailleurs, ne fut pas complètement atteint. Le D^r Boulay, voyant la collection augmenter considérablement, décida, le 28 février, de procéder à une incision para-sagittale gauche du cuir chevelu, qui donna issue à environ 200 grammes de liquide séro-sanguinolent avec caillots, en même temps qu'apparut une très forte hémorragie des tranches de l'incision et du périoste.

Cependant, il ne fut constaté ni fracture, ni enfoncement. Après application d'une fraise de trépan, l'orifice fut agrandi à la pince-gouge. Les méninges apparurent considérablement épaissies, dures et sans battements. Elles ne furent pas incisées de crainte d'infection. Les suites opératoires furent bonnes et un calme relatif suivit l'intervention. Mais, actuellement, le malade recommence à arracher son pansement et l'on doit, pour l'empêcher de rouvrir sa plaie opératoire, recourir à des moyens de contention.

Cet acte d'auto-mutilation se rapproche beaucoup de ceux également étranges signalés par Moreau de Tours en 1899 (1) (malade s'enfonçant à coup de marteau une lame de 10 cm. dans le crâne) et plus récemment par Dupouy et Achard en 1922 (2) (homme se broyant lentement le crâne dans un étau). Mais, tandis qu'il s'agissait dans ces cas de tentatives de suicide caractérisées, notre malade, tout au contraire, avait l'espoir de se libérer d'une souffrance céphalique intolérable et sans doute personnalisée en la tuant par des chocs si répétés et si violents qu'ils déterminèrent des lésions nécessitant une intervention chirurgicale importante.

Résultats du traitement de 111 cas de paralysie générale par le stovarsol sodique, par M. L. MARCHAND.

Les cent onze malades traités, sur lesquels ce travail est basé, n'ont été l'objet d'un choix particulier. Aucun n'avait été ou n'a été impaludé. Cette étude forme un complément aux travaux si importants de MM. Sézary et Barbé.

Le traitement a consisté à pratiquer trois fois par semaine une

(1) MOREAU DE TOURS. — Suicides et crimes étranges, 1899.

(2) DUPOUY et ACHARD. — Tentatives étranges de suicide. Le suicide favorisé. *Annales Médico-Psychologiques*, 1932.

injection sous-cutanée de 1 gr. de stovarsol sodique dissous dans 10 cm³ d'eau distillée à raison de 45 gr. par séries, séparées par des périodes de repos d'un mois. Pendant les premières semaines du traitement, les malades ont été tenus alités et nous ajoutons une grande importance à cette façon de faire.

Chez tous les malades, les réactions du sang et du liquide rachidien ont été recherchées avant et après le traitement. La température a été notée tous les jours, le poids du corps relevé à l'entrée puis tous les mois, l'examen du fond d'œil a été pratiqué avant le traitement et ensuite tous les quinze jours.

Voici en bloc les résultats obtenus :

Récupérés socialement	71	soit 64 %
Améliorés	10	— 9 %
Non améliorés	15	— 13,5 %
Décédés	15	— 13,5 %
Total	111	

Sous le terme « récupération sociale », nous comprenons les sujets qui ne présentent plus de troubles mentaux et qui peuvent reprendre leurs occupations antérieures, mais qui ne sont pas guéris organiquement.

1° RÉCUPÉRATIONS SOCIALES. — Parmi les 71 sujets qui forment ce groupe, 26 (soit 36,6 %) ont quitté l'asile après la première série de stovarsol ; 26 (36,6 %) après deux séries ; 11 (15,5 %) après trois séries ; 6 (8,4 %) après quatre séries ; 2 (2,8 %) après cinq séries.

Dans les cas favorables, la disparition des troubles mentaux se produit le plus souvent au cours de la première ou de la deuxième série de stovarsol.

Action sur les réactions sanguines. — Dans 17 cas (24 %) toutes les réactions sanguines sont devenues négatives ; dans 24 cas (33,8 %) partiellement négatives ; dans 30 cas (42,2 %), elles sont restées positives. De toutes les réactions, c'est la réaction de Kahn qui est restée positive le plus souvent, soit 50 fois (70 % des cas), contre 36 fois (soit 50,7 %) pour la réaction de Bordet-Wassermann, et 36 fois (soit 50,7 %) pour la réaction de Meinicke.

Action sur les réactions du liquide rachidien. — Sur les 70 cas où la ponction lombaire a été possible, quatre fois seulement (5,7 % des cas) les réactions devinrent complètement normales. Dans tous les autres cas, l'action favorable du traitement s'est manifestée d'abord sur la lymphocytose qui est devenue normale dans 60 % des cas et sur la

réaction de Weichbrodt, qui s'est négativée dans 57,1 % des cas. La réaction de Meinicke devint plus souvent négative (51,4 %) que celle de Bordet-Wassermann (22,8 %). La réaction au benjoin devint rarement normale (14,3 %). Le traitement eut une action manifeste sur l'albuminose, mais celle-ci ne devint normale que dans 20 % des cas. Quant à la réaction de Pandy, elle est restée positive dans 54,3 % des cas.

Ainsi, quand les malades récupérés socialement quittent l'asile, ils ne sont pas guéris ; la méningo-encéphalite n'est pas éteinte et le traitement doit être poursuivi pendant longtemps.

Action sur l'état mental et l'état physique. — Dans les états d'excitation intellectuelle avec délire mégalomaniac, dès que l'amélioration commence, les troubles délirants disparaissent rapidement en quelques jours. Dans les états confusionnels avec troubles profonds de la mémoire, souvent étiquetés états démentiels, et dans les états dépressifs, l'amélioration se fait progressivement.

Les troubles de la parole, le tremblement des extrémités, quand ils sont peu prononcés, disparaissent sous l'influence du traitement. Souvent les réflexes patellaires et achilléens exagérés avant le traitement deviennent normaux. Dans aucun cas, nous n'avons vu réapparaître les réflexes quand ils étaient abolis. Les signes pupillaires (inégalité, rigidité, déformations) sont restés sans changement.

Le poids du corps s'accroît rapidement dès la première série de stovarsol. L'augmentation est en moyenne de 5 à 6 kilos en quatre mois.

2° RÉCIDIVES. — Des 71 sujets récupérés socialement, 9 ont été de nouveau réinternés pour récurrence des troubles mentaux, respectivement 8 mois, 14 mois, 16 mois, 17 mois, 17 mois, 18 mois, 22 mois, 24 mois, 43 mois après leur sortie du service. Sur ces neuf sujets, cinq avaient suspendu tout traitement ; trois avaient suivi un traitement insuffisant et irrégulier. Un sujet s'était fait traiter dès sa sortie de l'asile très régulièrement dans un dispensaire où on ne lui fit aucune injection de stovarsol. C'est au cours de ce traitement que 14 mois plus tard les troubles mentaux réapparurent.

Dès leur réinternement, ces sujets furent de nouveau traités au stovarsol. Quatre ont été de nouveau récupérés socialement après une ou plusieurs séries de 45 gr. de stovarsol.

3° AMÉLIORATIONS. — Les dix malades améliorés sont encore à l'asile, où ils restent comme travailleurs. Ils sont simplement affaiblis au point de vue intellectuel. Trois ont leurs réactions

sanguines négatives dont deux ont toutes leurs réactions liquidiennes normales.

4° CAS SANS AMÉLIORATION. — Dans ce groupe, sont rangés les quinze malades qui ont continué à délirer ou chez qui l'affaiblissement intellectuel a progressé malgré le traitement. Trois d'entre eux ont des réactions sanguines négatives ; chez quatre, elles sont devenues partiellement positives et chez huit elles sont restées positives. Quant aux réactions du liquide céphalo-rachidien, on ne trouve une formule complètement normale que chez un seul malade.

5° DÉCÈS. — Sur les 111 malades traités, quinze sont morts au cours du traitement (soit 14,4 %). Neuf sont morts de maladies intercurrentes (pneumonie grippale, asystolie, urémie, cancer du foie, infection urinaire (myélite), hémorragie cérébrale). Les six autres sont morts de paralysie générale, après avoir présenté un amaigrissement continu. Trois de ces sujets étaient âgés de plus de 60 ans.

6° CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Une première constatation se dégage des examens humoraux ; c'est qu'il est impossible de prévoir, d'après leur intensité, l'effet que le traitement aura.

Les tares héréditaires n'apportent aucune indication.

L'âge des sujets au début du traitement fournit quelques données intéressantes. Tandis que neuf malades seulement (12,7 %) parmi les récupérés étaient âgés de plus de 50 ans, on note 66,6 % de sujets ayant dépassé cet âge parmi les non améliorés et les décédés.

Les formes cliniques de la paralysie générale ne permettent aucune indication pronostique.

Parmi les 71 sujets récupérés socialement, onze présentaient des symptômes tabétiques. Cette association morbide ne constitue donc pas un mauvais pronostic.

Sur ces sujets, 67, c'est-à-dire la plupart, n'avaient présenté les premiers symptômes psychiques que depuis quelques mois. Les chances de récupération deviennent très faibles chez les sujets dont l'affection mentale évolue depuis plus d'un an.

Sur les 111 paralytiques généraux traités, 67 n'avaient suivi aucun traitement au moment de la contamination. Sur ce nombre, le traitement par le stovarsol a permis de récupérer 42 sujets. Si un traitement antisypilitique, suivi régulièrement pendant plusieurs années au moment de la contamination, semble bien avoir une action empêchante sur le développement futur de la

paralysie générale, on ne peut le considérer comme présentant une garantie absolue.

On doit aussi reconnaître que la paralysie générale peut apparaître chez des individus en cours de traitement pour des accidents de syphilis nerveuse. Sur nos 111 malades, 25 étaient en cours de traitement depuis plusieurs mois et certains depuis plusieurs années ; aucun n'avait été traité par le stovarsol. Notre conclusion est conforme à celle de MM. Sézary et Barbé. L'arsenic trivalent, le bismuth et le mercure sont insuffisants pour arrêter l'évolution d'une paralysie générale.

7° CONTRE-INDICATIONS DU TRAITEMENT. — Elles sont très réduites. On doit éviter ce traitement chez les sujets qui présentent des déficiences organiques (hépatiques, rénaux), ou qui ont dépassé l'âge de 60 ans.

Nous avons montré dans un travail antérieur (1) que la constatation de lésions du fond de l'œil ne doit pas faire rejeter d'emblée le traitement, mais son application doit être faite avec prudence.

Le risque d'une cécité, qui est de 0,3 %, ne compte pas à côté de la gravité de la maladie que l'on a à traiter. Bégué (2) trouve comme pourcentage des accidents oculaires dûs au stovarsol 1,73 %.

L'alcoolisme chronique, s'il n'y a pas d'insuffisance hépatique, n'est pas une contre-indication du traitement. Parmi les 71 sujets récupérés, 31, soit 43,6 %, avaient fait des excès alcooliques.

De même, nous avons soumis au traitement les sujets qui présentaient des symptômes tabétiques. Nous en notons onze parmi les 71 récupérés. Contrairement à l'opinion courante, nous n'avons pas noté que les lésions du fond de l'œil soient plus à craindre chez les paralytiques généraux tabétiques que chez les autres malades.

8° ACCIDENTS. — Les accidents sont exceptionnels.

Il est fréquent de constater au début du traitement une légère élévation de température dépassant rarement 38°5 le soir. Elle ne dure que quelques jours et n'entraîne pas l'arrêt du traitement.

Au cours du traitement, on note parfois une légère élévation

(1) Soc. Méd.-Psychol., 1936.

(2) M. BÉGUÉ. — Atrophie optique et stovarsol. *Soc. d'ophtal. de Paris*, 16 janvier 1937.

de température en clocher, qui disparaît souvent dès le lendemain, et qui ne s'accompagne d'aucun phénomène particulier.

Parmi nos 111 sujets traités, nous ne relevons que deux cas d'érythrodermie exfoliante. Chez ces deux malades, après la diminution de la dose de stovarsol et espacement des injections à deux par semaine jusqu'à disparition des symptômes, nous avons pu reprendre le traitement progressivement.

Deux malades en traitement depuis plusieurs mois ont été atteints d'ictère, qui a disparu en une quinzaine de jours. Considération curieuse, ces deux malades ont présenté une amélioration rapide de leurs troubles psychiques au cours de leur ictère.

Chez aucun malade nous n'avons observé d'accidents anémohémorragiques, de crise nitritoïde, d'insuffisance rénale, de diminution de l'acuité auditive. Aucun de nos sujets récupérés n'a présenté de crise d'épilepsie.

CONCLUSIONS. — Tout paralytique général traité au début de son affection suivant les doses et le nombre d'injections de stovarsol sodique que nous avons indiqués a deux chances sur trois de recouvrer un état psychique normal.

Le stovarsol est une arme excellente à condition de frapper tôt, fort et longtemps. Tout sujet qui vient d'être récupéré socialement n'est pas guéri. Il doit être traité au stovarsol, surveillé cliniquement et humoralement pendant plusieurs années comme pour une syphilis secondaire.

Les récidives sont dues, soit à l'arrêt trop précoce du traitement, soit à l'insuffisance des doses, soit à un espace trop long entre les séries d'injections.

Les accidents, même les accidents oculaires, sont minimes eu égard à la gravité de la maladie que l'on a à traiter.

Les contre-indications sont très réduites. On doit éviter le traitement chez les sujets présentant des déficiences organiques ou ayant dépassé l'âge de 60 ans. Les symptômes tabétiques associés à la paralysie générale, l'alcoolisme chronique sans insuffisance hépatique ne constituent pas de contre-indications.

M. VILLEY-DESMESERETZ. — Un ancien malade de M. Marchand, après être resté deux ans dans ma maison de santé sans que la continuation du traitement par le stovarsol l'ait amélioré, puis parti dément dans un asile de province, m'écrivit deux ans plus tard à l'occasion du nouvel an dernier, une lettre admirablement sensée. On avait continué à le soigner. C'est donc une preuve de la possibilité des améliorations tardives.

H. Henri CLAUDE. — De l'expérience que vient de nous exposer M. Marchand pour le stovarsol, de celle que j'ai également pour le stovarsol et aussi pour la malariathérapie, se dégagent les conclusions suivantes. La paralysie générale est curable, à la condition qu'elle soit traitée de très bonne heure et pendant très longtemps après la guérison.

C'est là ce qu'il faut faire savoir aux médecins non spécialisés qui ne nous adressent les paralytiques généraux qu'après plusieurs années de maladie. C'est ce que je viens de constater encore aujourd'hui, où j'ai consulté un malade qui, depuis trois ans, commit extravagances sur extravagances et ruina sa famille.

Les thèses de mes élèves Masquin et Fortineau sont pleines d'exemples de paralytiques généraux ayant, après traitement, récupéré leurs situations sociales.

M. Ach. DELMAS. — Je félicite M. Marchand de son très intéressant travail. Mais je ne puis me défendre d'un certain étonnement devant l'excellence de la plupart de ses résultats. Habituellement, les régressions thérapeutiques de la paralysie générale sont loin d'être parfaites. La récupération sociale n'est pas très probante quand le sujet n'a qu'un humble métier.

M. Georges DUMAS. — En effet, il faudrait faire la statistique des professions de ces récupérés.

M. Henri CLAUDE. — J'ai vu des médecins, des professeurs, des financiers reprendre leurs fonctions.

M. FRIBOURG-BLANC. — Je confirme ce que disent MM. Marchand et Claude. Soit par la malariathérapie que je pratique depuis 13 ans, soit par le stovarsol que j'associe parfois au bismuth et au mercure, j'ai obtenu de très bons résultats. Un lieutenant impaludé, il y a 13 ans, est aujourd'hui colonel.

H. Henri CLAUDE. — Un problème angoissant pour les médecins-experts est celui qui se pose quand ils ont à expertiser pour crime ou délit un ancien paralytique auquel le traitement a permis la récupération sociale. Est-on en droit de dire qu'ils étaient vraiment guéris ?

M. CEILLIER. — Il faut alors s'assurer si réellement ils furent paralytiques. Si l'on arrive à établir que le sujet présentait jadis réellement le syndrome mental et physique de la paralysie géné-

rale, je crois qu'on peut y trouver un argument, pour considérer que la guérison fut plus apparente que réelle.

M. HEUYER. — A l'Infirmierie Spéciale, nous avons souvent l'occasion de voir des malades, paralytiques généraux, qui ont été traités par la malariathérapie ou par le stovarsol. Or, indépendamment de ceux qui sont réinternés, en général parce qu'ils n'ont pas continué un traitement actif aux arsenics pentavalents après leur sortie de l'Asile, nous voyons les malades réellement améliorés par le traitement et qui sont de nouveau soumis à notre examen en vue de la restitution de leur permis de conduire, ou plus exactement en vue de l'autorisation à leur donner de passer un nouvel examen de conduite des automobiles. La décision est quelquefois très difficile à prendre. Nous examinons des malades qui ont retrouvé une activité sociale apparemment normale. Pour ma part, je les soumetts avec beaucoup de soin aux tests psychologiques de niveau mental. Je dois dire que je n'ai pas trouvé de sujets qui dépassent l'intelligence inférieure. Mais, en somme, quand on ignore ce qu'ils étaient auparavant, on peut admettre qu'ils ont une intelligence au moins égale à celle de beaucoup de chauffeurs titulaires du permis de conduire et qui sont parfois de légers débiles mentaux ou des sujets dont l'intelligence est aussi au niveau inférieur. La conduite de l'automobile nécessite surtout des automatismes réflexes qui ne nécessitent pas une intelligence très spécialisée. Nous voyons souvent des paralytiques généraux arriver à un degré très avancé de la démence et qui, la veille de leur internement, ont conduit une automobile sans avoir eu d'accident. Cet automatisme, en quelque sorte professionnel, est certainement l'un des derniers qui subsiste.

En vue de la restitution du permis de conduire, le niveau mental peut être quelquefois assez bas pour permettre l'élimination du candidat. Ou bien il y a des signes neurologiques, de tabès par exemple, ou des troubles oculaires, qui obligent à l'élimination. C'est surtout dans les résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien que je cherche des indications en vue de la décision à prendre. Lorsque existent encore des réactions subpositives, hyperalbuminose, réaction de Pandy, réaction de Wassermann ou du benjoin faiblement positives, je pense qu'il y a une indication à refuser le permis de conduire, puisque la maladie est encore en évolution et risque une rechute si le malade ne suit pas très régulièrement son traitement, ce qui est trop souvent la règle après la sortie de l'Asile ou de l'Hôpital.

Toutefois, après avoir entendu M. Marchand, qui nous déclare que, dans 71 % des cas, les malades ont pu être récupérés socialement et exercer de nouveau leur métier dans des conditions parfois délicates, j'ai un scrupule ; en effet, si on permet à un malade d'exercer une carrière libérale ou une fonction bien spécialisée avec des réactions du liquide céphalo-rachidien, qui ne sont pas encore complètement négativées, il est peut-être excessif de refuser la restitution du permis de conduire qui ne nécessite, en somme, que des automatismes très faciles à acquérir.

M. CEILLIER. — L'automatisme professionnel est si parfaitement monté que souvent des gens conduisent mieux une automobile qu'ils ne marchent.

M. X. ABÉLY. — Parmi les rechutes de paralysie générale que je vois passer à l'Admission, un grand nombre est fourni par des malades qui, à leur sortie de l'asile, cessèrent de se traiter au stovarsol et employèrent, soit le mercure, soit le bismuth, sur l'avis de leurs médecins particuliers.

La thérapeutique convulsivante de la démence précoce par le Pentaméthylènetetrasol (Cardiazol), par MM. R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN.

La thérapeutique « convulsivante » de la démence précoce par le pentaméthylènetetrasol (Cardiazol) retient actuellement l'attention des psychiatres. C'est une expérience en cours, il est du devoir de tous ceux qui sont en mesure de la pratiquer sur une échelle assez étendue de rendre compte, au fur et à mesure, des réflexions qu'elle suscite, des enseignements qu'elle donne, des espoirs qu'elle peut faire naître et aussi des déceptions auxquelles il est sage de s'attendre.

Voilà le but de cette communication :

A vrai dire, le nombre de malades sur lesquels elle porte n'est pas très important. Il est exactement de douze, mais nous tenons à préciser d'abord la catégorie à laquelle nous nous sommes adressés.

De propos délibéré, nous avons écarté les cas récents, les cas aigus dans lesquels l'erreur de diagnostic est possible, dans lesquels on s'expose à tenter de guérir par des moyens violents et, somme toute, une thérapeutique de « désespoir », des malades qui auraient pu guérir autrement, peut-être même « tout seuls ».

Nous sommes de ceux qui pensent que le moyen le meilleur de fausser les résultats des thérapeutiques nouvelles, c'est de les appliquer indistinctement aux cas suspects et aux cas confirmés. Si la thérapeutique convulsivante s'avère efficace dans les cas considérés comme chroniques, si elle est reconnue inoffensive, on sera par la suite mieux autorisé à l'appliquer aux cas plus rapprochés de leur début. Voilà nos directives.

Ceci dit, serrons de plus près les conditions par nous requises pour que les malades soient justiciables de la thérapeutique convulsivante.

Il faut qu'ils soient, par les signes cliniques et par l'évolution de leur maladie, indiscutablement à leur place dans le groupe des déments précoces voués à la chronicité, ce qui ne veut pas dire l'ineurabilité. En outre, il y a lieu de s'appliquer très attentivement à ne soumettre aux épreuves convulsivantes que des sujets viscéralement indemnes. Les affections pulmonaires, les insuffisances hépatiques ou cardio-vasculaires, — celles-ci surtout, — sont pour nous des contre-indications formelles. Ce qui veut dire que, par un examen clinique complet, aidé par le contrôle du laboratoire, la vérification des humeurs, etc..., etc..., on doit préalablement s'assurer que le sujet est en mesure de supporter le choc thérapeutique.

Il va sans dire qu'il faut placer les malades dans les meilleures conditions d'isolement et d'observation continue.

Les nôtres ont été, pour chaque injection, isolés dans des chambres à parois capitonnées, ce qui évite les blessures au cours du désordre des mouvements.

Le personnel médical est toujours prêt à intervenir avec des moyens appropriés au cas d'une menace d'asphyxie ou de toute autre complication soudaine. Une ampoule de lobéline doit être toujours à portée pour parer d'urgence à un arrêt respiratoire prolongé, toujours très impressionnant.

Des tampons montés sur des abaisse-langues permettront d'éviter, au cours de la crise, les morsures de la langue.

La technique du traitement est simple. Une injection intraveineuse de cardiazol est poussée au pli du coude le plus rapidement possible ; en effet, l'apparition de la crise, conditionnée par la dose injectée, l'est aussi par la rapidité de l'injection, qui ne doit pas être inférieure à 0 gr. 10 par seconde (Von Meduna). D'où l'indication d'utiliser des aiguilles d'un aussi gros calibre que le permet l'état des veines.

La dose moyenne déterminant la première crise chez un adulte

de corpulence normale est d'environ 0 gr. 50. Chez certains sujets de constitution peu robuste, nous avons pu obtenir des crises avec 0 gr. 40. Les tentatives que nous avons faites avec une dose moindre n'ont abouti qu'à une « crise avortée », réalisant le tableau suivant :

Le malade se redresse à demi, il paraît anxieux, ferme parfois les yeux, soupire, passe la main sur son front. Il ébauche quelquefois un mouvement pour se lever ou pour fuir. Nous avons pu noter parfois dans ces crises avortées l'existence d'une arythmie assez nette. Nous n'avons jamais observé de crise complète survenant plus de 50 secondes après l'injection. Lorsque la dose est suffisante, elle est généralement efficace au bout de 10 à 15 secondes.

Cette phase « *précritique* » de quelques secondes est caractérisée par un comportement semblable à celui que nous venons de décrire, mais auquel il convient d'ajouter quelques signes que nous avons observés avec une certaine constance à chaque crise provoquée chez un même malade. Chez certains, la crise est annoncée par une *toux sèche* et peu prolongée ; chez d'autres par une sorte de *blépharospasme clonique*. Le malade paraît anxieux et, comme l'épileptique, il semble méditer sa crise. Certains malades ont conservé de cette phase le souvenir d'une impression très pénible de brûlure cérébrale. Brusquement, une secousse convulsive annonce la crise, c'est le début de la phase « *tonique* ».

L'attitude que nous avons le plus fréquemment observée est la suivante : les membres inférieurs du malade, la tête et les épaules quittent le plan du sol. La jambe est en extension sur la cuisse, le pied est en extension forcée sur la jambe. Le bras et l'avant-bras sont en extension sur un axe sensiblement parallèle du membre inférieur. La main est fléchie sur le poignet en pronation forcée ; les doigts sont en flexion à l'exception du pouce, qui est en extension et dirigé en bas. Les membres supérieurs, comme les membres inférieurs, sont en adduction. Les muscles sont contracturés à l'extrême, donnant à la palpation une impression de *dureté ligneuse*. La tête est en extension forcée sur le cou qui paraît élargi du fait de la contraction des peauciers et des sterno-cléïdomastoïdiens. L'os hyoïde est projeté en avant. Les yeux sont fermés, les mâchoires sont contractées, puis la bouche s'ouvre largement pour se refermer bientôt en écrasant l'abaisse-langue à l'aide duquel la langue a été repoussée. La face est cyanosée, les joues sont pâles. Les muscles thoraco-abdominaux sont très fortement contracturés, déterminant une apnée absolue.

La contraction s'étend aux organes génitaux et dès le début de cette phase on assiste à l'ascension des testicules, accompagnée d'un réflexe dartoïque particulièrement net et rapide. Nous avons presque toujours observé l'émission d'une petite quantité de sperme sans éjaculation vraie. Pendant cette première phase, le pouls est mou et ralenti.

Au bout de trente secondes environ, la phase « clonique » apparaît. Les muscles restent en hypertonie mais sont secoués de secousses convulsives réalisant des types différents suivant les malades. Chez certains d'entre eux, nous avons observé après l'extension du corps sur le plan du sol des mouvements de battoir effectués par les membres supérieurs en abduction et rotation interne. Chez d'autres, les membres supérieurs en demi-flexion étaient animés de mouvements convulsifs d'adduction et d'extension vers le haut. Chez d'autres, enfin, les membres supérieurs présentaient des mouvements d'adduction et de flexion au cours desquels ils heurtaient rythmiquement du poing le thorax du malade. Pendant cette phase clonique, le malade est toujours en apnée, son pouls est toujours ralenti, sa face est cyanosée, présentant sur le front et les joues des plaques de pâleur nacrée. On peut constater l'existence d'une légère exophtalmie et d'une mydriase très marquée. Le signe de Babinski est bilatéral.

Au bout de 30 à 45 secondes, une phase « hypotonique » remplace celle que nous venons de décrire. Elle est annoncée par une inspiration profonde, stertoreuse. Elle est caractérisée par une hypotonie généralisée interrompue de loin en loin par une secousse convulsive de plus en plus faible. Le malade est en relâchement musculaire complet, étendu sur le dos. La respiration reprend un rythme lent et profond, l'expiration projette une salive mousseuse, abondante et reste longtemps bruyante. La contracture des masseters persiste en effet à cette période, le malade maintient l'abaisse-langue serré entre ses dents et la salive est projetée entre les lèvres entr'ouvertes. Les téguments se colorent peu à peu. A cette phase, le pouls s'accélère jusqu'à 120, 130, 140 pulsations à la minute, il est mal frappé, mou, quelquefois irrégulier. A la mydriase que nous avons signalée précédemment et qui persiste, viennent s'ajouter des mouvements de latéralité lents et réguliers du globe oculaire. Le signe de Babinski existe encore. Cette phase est un peu plus longue que les précédentes ; pourtant quatre minutes environ après l'injection, le malade se « réveille ».

Ce réveil est caractérisé par l'apparition de mouvements auto-

matiques auxquels succède la reprise des mouvements volontaires.

Les mouvements automatiques que nous avons le plus souvent observés sont, d'une part, des *mouvements incoordonnés*, amples, assez lents, rappelant un peu les mouvements athétosiques (mouvement de ciseau aux membres inférieurs, mouvements de circunduction aux membres supérieurs), ces mouvements sont symétriques ou asymétriques, associés ou séparés.

D'autre part, nous avons noté très fréquemment l'existence de mouvements coordonnés, adaptés à un but inconscient. Ce sont en particulier des mouvements de grattage de la région pubio-génito-anale, des mouvements d'enroulement auxquels participe tout le corps, tandis que le malade cherche à se recouvrir comme s'il avait froid.

Dans quelques cas, enfin, le réveil ne s'est accompagné d'aucun mouvement.

A cette phase, le pouls toujours rapide est mieux frappé, peu à peu il se régularise, mais reste longtemps accéléré.

La respiration plus calme, moins profonde, est entrecoupée de soupirs. La cyanose disparaît et la face reprend progressivement sa coloration normale.

Nous avons observé, d'une manière habituelle, l'émission d'urines claires et abondantes et l'apparition de sueurs profuses, poisseuses, d'odeur aigrelette.

Le malade paraît le plus souvent hébété et il répond difficilement aux questions ; il jette parfois sur l'entourage des regards effrayés.

L'intégrité des fonctions motrices reparait très rapidement, en particulier chez les sujets robustes qui regagnent parfois leur lit par leurs propres moyens. Ils accusent seulement une sensation de vertige pénible et une fatigue extrêmement prononcée.

Il convient de noter que l'accélération du pouls persiste pendant 24 heures environ ; elle est habituellement accompagnée d'une élévation passagère de la tension artérielle.

Nous n'avons jamais observé d'accidents graves au cours des crises convulsives que nous venons de décrire. Nous ne ferons que signaler quelques incidents en insistant sur leur caractère bénin.

Lorsque l'injection est accidentellement poussée hors de la veine, on n'observe jamais d'escarre secondaire (signalons que les injections de pentaméthylènetétrazol sont assez rapidement sclérosantes).

La phase d'apnée peut se prolonger plus que nous ne l'avons indiqué ; il n'y a pas lieu de s'inquiéter : quelques mouvements de respiration artificielle suffisent à provoquer une reprise inspiratoire.

L'arythmie qui s'observe assez fréquemment au moment où le pouls s'accélère ne détermine jamais d'accident s'il n'y a pas de lésion organique préexistante et si l'on prend soin de s'en tenir aux doses convulsivantes juxta-liminaires.

Les ruptures musculaires, les luxations du bras ou de la mâchoire signalées par différents auteurs comme des accidents assez fréquents ne se sont jamais produites au cours des traitements que nous avons institués. Nous avons seulement noté l'existence de douleurs lombaires passagères.

Dans plusieurs cas, le traitement a été suivi de vomissements pénibles, mais c'est là un incident inconstant et le plus souvent le malade a pu s'alimenter comme de coutume quelques heures après la crise.

Nous avons observé un cas de rétention d'urine qui a cédé en 48 heures.

Voilà quelles sont les constatations que nous avons pu faire sur la crise elle-même.

En ce qui concerne les doses à injecter pour déclencher une nouvelle crise, il résulte de notre observation qu'il est nécessaire d'augmenter peu à peu la dose initiale. Von Mcduna augmente de 0 gr. 10 toute dose qui s'est avérée insuffisante. Il nous a semblé qu'une augmentation moindre (0 gr. 05) suffisait dans la plupart des cas.

Nous avons constaté également qu'il est absolument nécessaire que le traitement soit régulièrement appliqué deux fois par semaine. Lorsque, pour des raisons indépendantes de notre volonté, nous avons été obligés de le retarder, ce fut toujours au prix d'une régression des améliorations qui s'étaient manifestées.

Nous ne saurions préjuger des résultats éloignés du traitement convulsivant. Voici quels sont les résultats immédiats que nous avons pu observer dans la sphère psychique :

C'est surtout dans le domaine de l'affectivité que les modifications apportées par cette thérapeutique nous ont paru frappantes : tel malade, indifférent, opposant même, en état de mutisme depuis plusieurs mois, est devenu dès la première injection, euphorique, expansif, câlin, manifestant une véritable tendresse à l'égard des infirmiers et des médecins, dont il embrassait les mains.

A un degré moindre, le malade se montre pourtant plus sociable, plus gai, plus ouvert, il accuse lui-même ce changement, dont il a pleinement conscience.

L'un d'entre eux s'est exprimé ainsi : « J'avais auparavant l'impression d'une glu entourant mon cerveau, l'impression que mon cerveau était trop gros pour ma tête et que cela m'empêchait de penser. »

Dans le domaine de l'activité, nous avons pu constater des améliorations indiscutables ; le malade mange seul, se lave seul, lit le journal, répond à quelques questions. Dans tous les cas, nous avons observé une amnésie complète de la crise et de la période pré-critique.

C'est surtout dans les crises avortées que le malade conserve du traitement un souvenir extrêmement pénible, qui le pousse à refuser énergiquement les injections suivantes.

Chez certains malades, les crises avortées sont suivies d'une aggravation de l'état antérieur ; d'autres, au contraire, les supportent indifféremment. Il nous paraît intéressant de remarquer que les malades qui voient leur état mental aggravé par les crises avortées sont précisément ceux chez lesquels le traitement, lorsqu'il est réussi, se montre le plus efficace.

Notre expérience est encore courte et il serait présomptueux d'apporter ici des conclusions formelles. Indiscutablement, ce traitement paraît modifier dans un sens favorable certains malades considérés actuellement comme incurables. Certains se sont améliorés au point de pouvoir s'occuper, de pouvoir recevoir correctement leurs familles. Le temps nous permettra seul de dire si ces améliorations sont durables et si elles peuvent aller jusqu'à la guérison. Bien franchement, nous ne le pensons pas.

M. HEUYER. — La communication de M. Anglade sur le traitement de la démence précoce par le cardiazol nous paraît très importante. Il n'est pas douteux que nous sommes en présence d'un traitement de la démence précoce qui, dans certains cas, donne des résultats impressionnants.

J'ai pu voir certains résultats, encore rares, peut-être exceptionnels, mais assez démonstratifs pour que l'on puisse dire qu'aucune médication, jusqu'à présent, n'a donné de pareilles transformations de l'état mental de certains malades. Récemment, un de mes malades, — pour lequel d'ailleurs j'avais demandé l'aide de M. Anglade, — avait subi antérieurement tous les traitements possibles : sérum colibacillaire, sulfosine, sels d'or, insulinothérapie ; il restait depuis plus de 18 mois dans

un état catatonique avec immobilité, mutisme, refus d'aliments ; il a présenté brusquement, après quatre injections de cardiazol, une transformation de son état telle que, en quelques heures, le malade est devenu apparemment lucide, a retrouvé son affectivité, a parlé d'une façon pertinente et s'est alimenté. Cette transformation n'a duré que trois jours. Mais le traitement ayant été repris, la famille considère actuellement que le malade est complètement guéri. Pour ma part, je ne le pense pas. Toutefois, il y a eu incontestablement, sous l'action de ce médicament, une transformation qui n'a pas été une coïncidence et qui est d'autant plus impressionnante que tous les autres médicaments avaient été vainement essayés.

D'autres médecins ont aussi constaté certaines transformations de l'état mental de leurs malades soumis au cardiazol.

Dans d'autres cas, au contraire, l'échec a été complet et il m'est arrivé aussi de constater l'insuccès du traitement. Il est impossible de savoir si les améliorations, les rémissions ou les apparentes guérisons observées actuellement tiendront. Il nous faut l'épreuve du temps.

Des objections se sont élevées dans cette Société même sur l'application du traitement par l'insuline. Je dois dire que je ne me suis pas arrêté à ces objections et, fort de l'expérience des médecins que j'avais visités en Suisse et de l'expérience de confrères français, j'ai fait appliquer à certains de mes malades le traitement par l'insuline qui, bien réglé, paraît sans danger. J'ai eu aussi des résultats qui ont quelquefois été très satisfaisants et qui m'ont encouragé à continuer l'insulinothérapie. Mais le cardiazol réussit parfois lorsque l'insulinothérapie échoue. Il paraît paraître logique d'employer le cardiazol d'une façon régulière et constante, d'autant plus que c'est un traitement plus facile à appliquer. Mais l'application du traitement est singulièrement impressionnante. Outre le déclenchement de la crise épileptique, la constatation de la phase d'apnée et la tachycardie qui suit la crise sont des symptômes qui peuvent paraître inquiétants. M. Anglade, dans sa communication, insiste sur certains de ces incidents. Avant-hier, au cours d'une injection de 0 gr. 30 cg. de cardiazol à une malade démente précoce que je suis depuis 6 ans, la crise épileptique ne s'est pas produite ; mais, sous mes yeux, s'est produite une crise d'aspect bulbaire, syncope, avec pâleur cadavérique, ralentissement du pouls jusqu'à 36, refroidissement des extrémités et sueurs froides abondantes. La situation menaçait d'être dramatique lorsque, assez rapidement, le pouls est remonté à 72 et le visage s'est coloré.

La question s'est posée de savoir s'il fallait renouveler la tentative de traitement avec une dose supérieure de cardiazol. Il est incontestable qu'une question de déontologie se pose si on peut craindre une crise nouvelle, qui, avec une dose supérieure de médicament, peut être mortelle. Or, c'est après avoir réfléchi que je me suis décidé pourtant à continuer la médication. Certes, il y a un risque. Mais on peut se demander s'il n'y a pas des conditions dans lesquelles on a le droit de faire courir un risque en prévenant la famille de la malade des dangers de la médication. Il y a dans la démence précoce un syndrome de gravité tel que l'on peut porter un pronostic de chronicité et d'incurabilité. Sans doute, il existe des cas dans lesquels ce pronostic est controuvé ; nous pourrions tous citer des exemples de cet ordre. Toutefois, ils restent des faits exceptionnels et, au point de vue clinique, le plus souvent, au bout d'un certain temps, le pronostic de chronicité peut être porté légitimement. Si le cardiazol peut donner quelquefois des transformations aussi subites que celles que nous avons constatées, il nous semble qu'on est en droit de courir le risque. Appliquer avec trop de rigueur l'adage : « D'abord ne pas nuire » rendrait impossible toute thérapeutique un peu active. Naguère, d'excellents médecins s'opposaient à la ponction lombaire ; plus récemment, des critiques ont condamné la malariathérapie contre la paralysie générale. Quand il existe une tumeur cérébrale, on court le risque d'une intervention dont on connaît pourtant le danger, car tous les neuro-chirurgiens disent « qu'il y a de la casse » dans le traitement chirurgical des tumeurs du cerveau.

J'ai expérimenté toutes les thérapeutiques qui nous ont été proposées pour la démence précoce. Je dois dire que toutes ont échoué : salicylate de soude, pyrothérapie, sulfosine, sels d'or, sérum anti-colibacillaire, etc... L'insulinothérapie donne certainement des résultats que nous n'avions pas connus antérieurement. Les très bons résultats sont rares ; mais nous pourrions rapporter des cas dans lesquels il ne s'est pas agi d'une coïncidence.

Pour le cardiazol, j'ignore ce que réservera l'avenir des cas qui ont été traités et qui sont, ou améliorés, ou en rémission. Ce qui est sûr, c'est qu'on assiste quelquefois à des transformations telles qu'il paraît nécessaire de préciser les conditions d'application de ce médicament, sans être arrêté par des considérations de mauvaise déontologie. S'il nous faut attendre le traitement étiologique de la démence précoce, nous courons le risque de nous perdre dans de vains essais thérapeutiques. Je ne sais s'il

Il y a encore des partisans de l'origine tuberculeuse de la démence précoce. En ce qui me concerne, je ne pense pas que la démence précoce soit une maladie autonome et que son étiologie soit univoque. Certaines agressions infectieuses, toxiques, d'origine endogène ou hexogène atteignant un cerveau prédisposé par une hérédité similaire ou dissemblable, peuvent aboutir à une démence précoce. L'étiologie de la maladie est extrêmement variable. Que le shock d'un sérum puisse agir dans quelques cas, cela ne prouve nullement l'action étiologique et spécifique du sérum. Actuellement, le shock le plus puissant dont nous disposons est certainement le cardiazol. Après étude de chaque cas d'espèce, je pense qu'il est logique de tenter ce traitement, dont les premiers résultats ne sont pas immédiatement décevants.

Au point de vue doctrinal, les résultats obtenus permettent déjà de dénier toute valeur aux explications psychologiques qu'on a données de la démence précoce. La distinction entre une démence précoce acquise et évoluant vers la catatonie et une schizophrénie évoluant à la suite d'un état schizoïde antérieur n'est plus de mise lorsque, même si le résultat ne dure pas, on voit réapparaître chez un catatonique ou chez un délirant un état apparemment normal après une injection de cardiazol. Ce résultat montre aussi que les troubles de ce que l'on appelle la démence précoce sont réversibles, du moins certains d'entre eux. Au lieu de se perdre dans des tentatives de synthèse, il serait très intéressant d'étudier quels sont les syndromes psychiques qui disparaissent après l'insulinothérapie et après le cardiazol. Le syndrome hallucinatoire d'automatisme mental, le syndrome délirant semblent pouvoir disparaître, quelquefois d'une façon transitoire, quelquefois d'une façon définitive. Mais, dans les quelques cas que nous avons vus jusqu'à présent, il nous a paru que persistait un certain affaiblissement psychique à type de dissociation. Reste à savoir si, dans les cas les plus favorables, ce trouble de l'intelligence n'est pas amélioré. Il nous est impossible d'avoir une opinion ferme à ce sujet.

Quoi qu'il en soit, les médecins qui ont la possibilité d'expérimenter ce traitement sur une grande échelle ne doivent pas être arrêtés par les accidents possibles du cardiazol, d'autant plus que, en France du moins, jusqu'à ce jour, aucun cas de mort n'a été signalé.

M. RONDEPIERRE. — J'ai usé de la cardiazolthérapie dans sept cas, et là où elle a été efficace, le diagnostic de démence précoce ne s'imposait pas. J'avais prévu la curabilité de ces états. Per-

sonnellement, je n'ai en l'employant provoqué aucun accident alarmant. Mais je crois prudent de toujours faire signer, préalablement à son application, une décharge par la famille, qui déclare avoir été mise au courant du caractère éventuellement dangereux de la thérapeutique.

M. H. BARUK. — On n'a pas le droit d'affirmer l'incurabilité de la démence précoce. Celle-ci est parfois parfaitement curable. Et au lieu de recourir à des thérapeutiques aveugles, brutales, traumatisantes, c'est à des thérapeutiques étiologiques, comme par exemple le sérum colibacillaire, qu'il est sage de faire appel.

M. Georges DUMAS. — Wassermann, à propos des dangers des thérapeutiques trop énergiques, me fit un jour cette réflexion : Il ne faut pas que la crainte de tuer un homme vous fasse en laisser mourir des vingtaines.

M. DEMAY. — De mon expérience encore en cours, je crois pouvoir constater que les doses de 0,50 à 0,35 cg. de cardiazol sont inoffensives et qu'elles suffisent à déclencher les crises convulsives curatrices. Et j'ai l'impression que plus forte est la dose nécessaire à provoquer la crise, plus inefficace sera celle-ci. Bien entendu, toute défaillance cardiaque, si minime soit-elle, est une contre-indication du cardiazol.

Les manifestations motrices chez l'enfant de la naissance à trois mois, par M. Marcel BERGERON.

La complexité des manifestations motrices chez le nouveau-né et chez le nourrisson, même si on ne s'attaque pas au problème de leurs multiples significations, rend très difficile une étude d'ensemble de la question. Dans un récent travail (1), nous avons limité le sujet à l'étude des mouvements spontanés et des attitudes les plus communément observables, en y joignant la recherche des réflexes les plus courants de la pratique neurologique.

D'une part, nous avons observé de très près un enfant normal de la naissance à trois mois. D'autre part, nous avons fait les mêmes observations sur des groupes de dix enfants, également

(1) Les manifestations motrices chez l'enfant de la naissance à trois mois. Étude psycho-biologique. Travail du Laboratoire de Psycho-Biologie de l'Enfant de l'École pratique des Hautes-Études et de la Maison Maternelle Nationale (Saint-Maurice).

de la naissance à trois mois. Il nous a paru intéressant de synthétiser en une note les principaux faits observés et l'interprétation qu'on peut en donner.

PRINCIPAUX FAITS OBSERVÉS. — 1° *L'attitude en flexion*, à la naissance (7 fois sur 10) ne l'est plus que dans la moitié des cas à un mois et à deux mois (avec un retour à la proportion de 7 fois sur 10 entre le 30^e et le 42^e jour), pour faire place à *l'attitude en extension chez l'enfant de trois mois* (6 fois sur 10).

2° *Les mouvements de l'enfant* ont été plus fréquemment observés aux *extrémités distales* (avant-bras, poings, orteils) qu'aux extrémités proximales (bras au corps, cuisses fléchies).

Ce sont des mouvements de flexion, mais surtout d'extension, d'abord symétriques, mais qui deviennent *unilatéraux* entre le 30^e et le 42^e jour, dans la proportion de 6 sur 10. Ils se localisent, ces mouvements unilatéraux, au *membre supérieur* (le côté droit semble prédominer sans qu'on puisse affirmer ce dernier fait, qui reste à contrôler) et consistent dans *l'extension du bras et de l'avant-bras*, poing fermé. Jusqu'au 50^e jour, la fréquence du mouvement unilatéral augmente (7 fois sur 10, dont 5 fois au membre supérieur). Même chose au 60^e jour (6 fois en extension, 1 fois en flexion ; 6 fois au membre supérieur, 1 fois à la jambe). Ils persistent dans la même proportion jusqu'au 75^e jour, disparaissent presque totalement à cette date, pour réparaître, d'abord 5 fois sur 10, du 80^e au 90^e jour, puis 4 fois sur 5 du 91^e au 97^e jour.

Outre ces mouvements essentiels, on peut encore noter chez l'enfant, à la naissance et dans les 20 jours qui suivent, des flexions et extensions successives, siégeant aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs ; le battement du briquet (croisement et décroisement des pieds au niveau des chevilles), la flexion et l'extension alternées des orteils.

L'enfant d'un mois présente le même tableau, mais se livre en outre à des mouvements nouveaux : torsion du tronc, ébauche de reptation, qui se présentent davantage aux environs du 50^e jour.

Chez l'enfant de deux mois, *l'extension* prend le pas sur la flexion (6 fois sur 10). Couché sur le dos, l'enfant s'arc-boute parfois, prenant appui sur la tête et sur les talons. La période qui s'écoule entre le 65^e et le 80^e jour est marquée par *l'opposition qui se fait entre la position des membres supérieurs (extension) et celle des membres inférieurs (flexion)* ; elle est nette 4 fois sur 10, un peu moins nette 2 fois sur 10. Le geste de s'arc-bouter, la torsion du tronc s'accroissent ; cette dernière devient presque cons-

tante entre le 80° et le 90° jour, ainsi que divers mouvements en rapport avec la préhension (l'enfant, parfois, prend à pleines mains ses vêtements ou ceux de la personne qui le portent et s'y cramponne ; parfois, il parvient à tenir quelques instants un petit jouet) ; mais ces dernières manifestations motrices sont à revoir de plus près.

A trois mois révolus, les *mouvements d'extension* qui, jusqu'à, étaient un peu plus fréquents que les mouvements de flexion, *prédominent nettement* (4 sur 5 des enfants observés). Pour le reste, aucun changement : la tête reste baillante dans la moitié des cas, la torsion du tronc ni plus ni moins fréquente que précédemment, les tentatives de préhension ne vont pas au delà de ce que nous avons signalé.

3° Les *réflexes* tendineux (rotuliens et bicipitaux, pour s'en tenir aux plus nets) existent dès la naissance normalement et restent semblables à eux-mêmes jusqu'à la fin du troisième mois.

Il en va tout autrement pour le *réflexe plantaire*. A la naissance, la réponse se fait *constamment en flexion* (10 fois sur 10) et porte sur la première phalange du gros orteil (l'éventail spontané est une cause d'erreur importante). En flexion (du 4° au 10° jour dans les 2/3 des cas) ; en extension (franche, du 10° au 15° jour ; moins nette mais tout de même prédominante jusqu'au 42° jour ; à peu près constante jusqu'au 58° jour) ; le *réflexe plantaire apparaît donc comme essentiellement variable au cours des deux premiers mois de la vie*. Au 60° jour (un peu avant et un peu après), il a été noté : 4 extensions franches, 3 ébauches d'extension, 2 réponses dites indifférentes, 1 flexion. Du 65° au 72° jour, 8 extensions sur 10 ; du 72° au 80° jour, 3 extensions nettes, 2 ébauches d'extension, 2 réponses tantôt en flexion, tantôt en extension ; 1 ébauche de flexion et 2 flexions franches. Jusqu'au 90° jour, nouvelle prédominance de l'extension : 7 fois sur 10. Enfin, *l'enfant de trois mois révolus présente un réflexe en extension dans la moitié des cas observés*, en ébauche d'extension dans un quart de ces cas.

Rien de spécial à dire sur le réflexe photomoteur, qui a été trouvé normal, ni sur le réflexe de clignement : sa recherche n'a jamais donné de réponse, de la naissance à la fin du troisième mois. Un dernier point (touchant à la mimique) a été précisé : la date d'apparition du sourire ; sur 10 enfants âgés de 35 à 40 jours, 5 sourient nettement ; entre le 40° et le 47° jour, la proportion d'enfants qui commencent à sourire est de 7 sur 10 (les 3 autres souriant déjà avant cette période).

4° A défaut de la fonction posturale, qui échappe pour l'ins-

tant chez l'enfant aux investigations précises, l'étude de certaines réactions liées à des mouvements de progression rectilinéaires nous a amené à préciser l'existence d'un réflexe de précipitation à terre. Il serait prématuré de faire état des résultats obtenus, qui demandent, pour être confirmés, des recherches complémentaires.

INTERPRÉTATION DE CES FAITS. — Parmi les diverses manifestations observées, deux ordres de faits semblent susceptibles de donner matière à interprétation :

- le mouvement unilatéral,
- le réflexe plantaire.

LE MOUVEMENT UNILATÉRAL. — Seuls deux faits cliniques sont venus à notre connaissance. Deux auteurs, Medea et Hanau ont affirmé que le premier mouvement volontaire unilatéral se produirait dès l'âge de trois mois. On a fait observer à ces auteurs que ce fait était vraisemblablement erroné ou pour le moins très rare, car les embryologistes ont montré (Van Gehuchten, en particulier) que la myélinisation du faisceau pyramidal (volontaire) n'est définitive que 5 mois après la naissance. L'autre fait clinique est à notre avis infiniment plus intéressant parce que rigoureusement scientifique. Il ne s'appuie malheureusement que sur une seule observation, qui a fait l'objet d'une communication à la Société de Psychologie suivie d'une discussion. Son auteur, M. Auguste Tournay, l'a d'ailleurs publié dans le *Journal de Psychologie* de janvier-mars 1924. Il s'agit d'un enfant qui, au 115^e jour de sa naissance, paraît à plusieurs reprises, séparées par de longs intervalles dans la journée, regarder de façon relativement prolongée et soutenue sa main droite, tenue à distance devant ses yeux, les doigts continuant à remuer. Par contre, rien de semblable à l'égard de la main gauche... Au 126^e jour, on note de petites différences dans l'agilité des mouvements des doigts, constituant encore au bénéfice de la main droite une ébauche d'asymétrie motrice. (Deux mois plus tard, la surveillance des réflexes permettait de faire sur l'asymétrie une remarque analogue : précession du réflexe en flexion à droite). M. Tournay, parlant de cette observation, estime qu'elle montre un défaut de synchronisme pour l'arrivée à certaines étapes sensitivo-motrices et réflexes, les retards se suivant au détriment du même côté et se traduisant dans l'un et l'autre ordre de manifestations et toujours dans le même sens par une asymétrie temporaire.

Ces constatations isolées ne permettent guère de tirer des

conclusions et apparaissent d'ailleurs d'un autre ordre que les mouvements observés par nous sur un enfant témoin, puis sur des groupes de 10 enfants.

Quelle est la signification de ces mouvements unilatéraux qui apparaissent de 6 à 8 fois sur 10 entre le 30^e et le 97^e jour, qui se localisent surtout au membre supérieur et réalisent une extension du bras et de l'avant-bras, poing fermé ? Nous estimons, d'abord, qu'on n'est pas en droit de les considérer comme des mouvements volontaires : la scissure rolandique et le faisceau pyramidal ne se développent vraiment qu'au 5^e mois. Il n'en reste pas moins que l'apparition du mouvement unilatéral entre le 30^e et le 50^e jour représente une étape à préciser dans le développement de l'enfant. Si les connaissances actuelles en embryologie ne permettent pas d'en donner une explication claire, il sera cependant permis d'observer que l'axe médullaire se développe de haut en bas, que précisément la différenciation unilatérale apparaît au membre supérieur. Ajoutons que si nous n'avons pas noté systématiquement le côté où se faisait cette différenciation, nous avons cru cependant l'observer souvent à droite ; ce dernier point soulèverait peut-être la question de la non-équivalence des hémisphères, exposée en 1922 par M. Klippel et reprise en 1929 par M. Lhermitte.

LE RÉFLEXE PLANTAIRE ET SON ÉVOLUTION. — Il y aurait beaucoup à dire sur le réflexe plantaire. MM. Lantuéjoul et Hartmann, auteurs d'une note à la Société de Neurologie, parue dans la *Revue Neurologique* en avril 1923, ont montré qu'au moment de la naissance, le réflexe plantaire se produit en flexion ; ils ajoutent que cette réponse essentiellement transitoire, disparaissant en quelques minutes, plus rarement en quelques jours, fait place au réflexe en extension, qui est la réponse normale de l'enfant. Nos observations sont venues confirmer entièrement ce point de vue.

Divers auteurs insistent, à propos du réflexe plantaire, sur la difficulté de sa recherche, et nous ne saurions trop dire avec eux le soin qu'il faut prendre pour qu'elle ait lieu dans de bonnes conditions. Le réflexe doit être cherché avec la pointe ou mieux avec la tête d'une épingle, en tenant compte de l'extrême fragilité de l'épiderme chez le nouveau-né. Pour nos examens, nous avons employé l'aiguille à tricoter. Seule la flexion isolée du gros orteil et surtout de sa première phalange prend une réelle valeur dans l'appréciation du réflexe.

Nous insisterons enfin sur la grande variabilité des réponses

obtenues, au cours de l'évolution de ce réflexe. On s'explique ainsi la discordance des résultats obtenus et le désaccord des auteurs sur ce sujet.

Ce caractère de variabilité est commun d'ailleurs aux divers mouvements et réactions qu'on peut observer chez l'enfant et semble en accord avec la loi du développement par stades successifs (où peuvent d'ailleurs intervenir aussi bien des régressions ou disparitions que des paliers ou progressions), mise en évidence par certains auteurs au cours de ces dernières années.

M. WALLON. — Les résultats apportés dans cette communication sont très intéressants. On y voit que les réflexes chez le nouveau-né n'obéissent à aucune loi. Ils sont extrêmement différents et variables, pour des causes étrangères à l'état du système nerveux, comme par exemple, la température, la satiété, etc. Minkowski avait fait des constatations analogues.

On voit également que l'évolution des fonctions élémentaires ne se fait pas progressivement, mais au contraire par paliers et avec des régressions. Il en est de même plus tard pour la marche et la parole. Cela est peut-être dû au fait que l'apparition d'une fonction nouvelle inhibe celles qui sont déjà en voie d'organisation.

M. HEUYER. — Je ne puis que m'associer aux félicitations de M. Wallon au sujet du travail de M. Bergeron. La publication qu'il vient de faire à la Société n'est qu'une partie d'un travail beaucoup plus considérable, dans lequel il a étudié les mouvements de l'enfant, de la naissance à trois mois. Il est très intéressant qu'il ait intitulé son travail « Etudes psycho-biologiques ». Il montre ainsi que, dans les premiers mois, et on peut dire dans les deux premières années de la vie de l'enfant, l'étude de l'intelligence peut être faite, non par l'observation des manifestations intellectuelles de l'enfant, mais par l'étude de sa motricité, en application de la loi du parallélisme psycho-moteur que l'on doit à Dupré et à son école.

A ce sujet, il est impossible de ne pas rappeler les premières études tout à fait remarquables qu'André Collin a faites sur le nourrisson. D'autre part, Gesell, à Yale, et Stirnimann, à Zurich, ont étudié les premières manifestations motrices de l'enfant après la naissance, d'une façon un peu différente de celle employée par M. Bergeron. Oseretzky aussi nous a montré qu'indépendam-

ment des recherches purement neurologiques et de l'étude des symptômes isolés, il était possible de préciser un certain nombre de tests moteurs qui permettent d'apprécier des fonctions motrices et le développement des fonctions pyramidales, extra-pyramidales et cérébelleuses qui participent aux divers mouvements de l'enfant. Le développement de chacune de ces fonctions, pour être continu, n'est pas toujours parallèle aux autres.

L'étude analytique que vient de faire M. Bergeron est d'une très grande importance pour apprécier les premiers troubles du développement moteur de l'enfant, au cours des premiers mois. Il est certain que c'est dès le début de la vie de l'enfant qu'il faut rechercher les premières manifestations qui permettront de prévoir le retard de son développement, non seulement moteur, mais surtout intellectuel.

M. H. BARUK. — Je joins mes félicitations à celles de M. Wallon pour ce travail basé sur l'observation clinique sans souci d'interprétations susceptibles de cadrer avec les théories neurologiques déjà admises.

Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M^{lle} C. CHATAGNON.

Les psychoses de la ménopause, soit dans leurs formes climatiques proprement dites, soit survenant comme épiphénomènes à l'occasion de l'âge critique, sont depuis fort longtemps bien connues, l'on sait également qu'elles ont un pronostic relativement favorable, et par ses caractères, l'observation que nous avons l'honneur de vous rapporter rentre bien dans le cadre classique ; cependant certaines de ses particularités nous ont paru mériter de vous être exposées.

Mme X..., âgée de 45 ans, entre le 3 juillet 1937 dans notre service. Son aspect général reflète l'asthénie, tant psychique que physique : son visage est émacié, pâle, elle accuse une grande lassitude. S'exprimant aisément, mais à voix presque basse, elle nous apprend :

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Son père décédé à 70 ans aurait été « un peu nerveux ». Sa mère, âgée de 70 ans, est bien portante.

Un frère de 38 ans marié, une sœur de 47 ans mariée, sont en bonne santé.

Antécédents personnels. — Née à terme. Elevée par sa famille. Intelligente et active, elle s'instruit à l'école primaire, puis après son certificat d'études, fait son apprentissage de couturière. Elle se marie à 22 ans, puis travaillera ensuite à la couture à domicile. Durant son enfance et son adolescence, avait un caractère doux, affectueux, mais était renfermée et très susceptible.

A eu la rougeole durant la première enfance, et la scarlatine à 18 ans.

Les premières menstruations apparues à 14 ans, étaient abondantes et très douloureuses. Cette dysménorrhée a nécessité plusieurs traitements. Les menstrues ont continué avec la plus grande régularité. Elles n'ont jamais été interrompues par une gestation.

Du 13 mai au 15 juin 1937, Mme X... observe trois métrorragies, qui marquent pour elle le début du « retour d'âge » et auxquelles succédera une aménorrhée durant trois mois.

Ces manifestations capricieuses du molimen menstruel ont été précédées d'une période où les troubles du caractère avec irascibilité et anxiété ont été remarqués et ont inquiété la malade elle-même.

Cette période paraît remonter aux premiers mois de l'année 1937, puis apparaissent de l'insomnie et une lassitude générale de plus en plus accusée.

Enfin, brusquement et d'une façon dramatique, se manifestent, tant aux dires de la malade qu'à ceux de son mari, les troubles psychiques qui entraîneront l'internement : dans la nuit du 30 mai éclate un violent orage au cours duquel il lui semble qu'un éclair a pénétré dans sa chambre.

Au cours même de la nuit, les premiers éléments d'un syndrome d'automatisme mental, qui sera presque au complet dès les jours suivants, apparaissent.

Elle se sent comme « hypnotisée par une femme », se lève de son lit et le délire d'influence se constitue avec son cortège d'hallucinations psychiques, d'actes et de paroles forcés, d'écriture automatique.

Elle se sent dirigée jusqu'aux portes des voisins « pour demander pardon », elle est obligée d'avouer à haute voix les faits pénibles de sa vie passée et dont elle est honteuse. Par contre, ses pensées et ses actes volontaires sont inhibés.

Le matin, les hallucinations psychiques sont accompagnées et se mêlent d'hallucinations auditives incessantes. Plusieurs voix d'hommes et de femmes se mêlent, se répondent ; elle reconnaît les voix de ses voisins.

Les hallucinations sont insultantes, menaçantes et ironiques, en particulier pour son mari, qui est traité de « maquercau ».

Il y a commentaire des actes et écho de la pensée.

Ces phénomènes hallucinatoires incessants, qui ne laissent aucun répit à la malade, sont dus, pense-t-elle, à des « appareils », à la T.S.F. manœuvrée par ses ennemis.

Les idées de persécution s'appuient sur des interprétations et des hallucinations des divers organes des sens :

« Tout est empoisonné chez elle, par des gaz asphyxiants et des boules jetées par la fenêtre » ; les gaz, des émanations de chloroforme passent sous la porte...

Les aliments et les médicaments apportés par son mari sont empoisonnés, leur goût est infect..., elle les jette aussitôt.

Des hallucinations visuelles élémentaires apparaissent, surtout vésérales : phosphènes lumineux, « boules luisantes » passant devant sa fenêtre, volutes de fumée...

Les troubles cénesthésiques sont très importants, elle ne peut plus le soir se coucher sans être obligée de se relever peu après : « Tout le lit est chargé d'électricité, traversé de courants »...

L'anxiété est extrême, elle refuse de voir ses meilleurs amis ; leur visite est interprétée comme une démarche ironique, ils lui jouent la comédie de la sympathie, ou ils viennent tout près pour mieux l'influencer, lui suggérer des pensées et l'obliger à dire des choses qu'elle voudrait cacher.

L'impression d'étrangeté, de bizarrerie, « de comédie » est fortement ressentie par la malade.

Son anxiété est alimentée par les hallucinations menaçantes : « On attend son mari dans la rue pour l'assassiner » ; elle demeure claustrée, portes et fenêtres fermées, attendant d'un moment à l'autre l'irruption d'un persécuteur.

Elle est un peu plus calme lorsque son mari est près d'elle, mais son humeur est agressive.

A noter qu'elle n'eut aucune réaction de suicide ou de fugue.

L'insomnie est absolue, la céphalée intense diffuse.

L'appétit est nul, elle se contente d'une alimentation très réduite, elle absorbe quelques morceaux de sucre imbibés de cognac pour combattre les gaz.

Son état demeure inchangé jusqu'au 19 juin. Son mari parvient enfin à la décider à entrer à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Le syndrome hallucinatoire persiste, l'insomnie et les idées délirantes sont toujours intenses. La présentation de la malade en impose pour une psychose évoluant depuis plusieurs années et le Dr Dupouy interne la malade à Sainte-Anne en constatant et en mentionnant que les idées de persécution avaient précédé l'apparition des troubles sensoriels.

Nous examinons la malade : le 3 juillet, à Maison-Blanche, Mme X... se présente à nous sous l'aspect d'une psychose hallucinatoire chronique.

Le syndrome hallucinatoire est très nourri. Les interprétations sont également très nombreuses et les idées délirantes de persécution dirigées contre ses voisins jaloux d'elle ne sont cependant pas systématisées : il semble que l'on assiste au décours d'une crise hallucinatoire :

Dès le lendemain, en effet, les divers phénomènes hallucinatoires s'estompent, l'attitude de la malade est déprimée, la croyance délirante subsiste mais avec déjà une demi-conscience du pathologique : « Il peut y avoir des deux, nous dit-elle, de la vérité et de la maladie. »

Les voisins ainsi que la concierge étaient méchants et jaloux : ils l'ont insultée réellement à plusieurs reprises.

L'examen somatique met en évidence des signes d'hypéremotivité, sur lesquels il y a lieu d'insister :

Un érythème pudique très intense apparaît sous forme de vastes placards étendus à la face, au cou, jusqu'à la partie supérieure du thorax...

Il y a du tremblement très net des extrémités digitales.

La tachycardie est variable avec les phases de l'interrogatoire, mais peu élevée : ne dépassant pas 80 à 100 pulsations à la minute.

Les pupilles sont en mydriase, elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

L'examen neurologique ne décèle rien d'anormal : Réflexes rotuliens, achilléens, stylo-radiaux et tricipital normaux. Réflexe plantaire en flexion. Cutanés abdominaux existent :

Appareil pulmonaire normal.

Appareil cardio-vasculaire :

Au cœur, contraction systolique énergique :

1° bruit prolongé à la pointe ;

2° bruit sec, claqué.

Dilatation veineuse du membre supérieur gauche et à la région thoracique gauche antérieure. Dilatation des jugulaires. Il n'y a pas de signes de compression médiastinale.

T.A. = au Vaquez-Laubry : 22/13 (auscultatoire).

La malade est mise au repos au lit, au régime lacto-végétarien, puis au régime normal.

Peu à peu, et très rapidement, on assiste à une régression des troubles. Les hallucinations disparaissent. La malade qui se montrait assez autoritaire et méfiante vis-à-vis des infirmières devient plus ouverte ; elle se confie à elles, les aide de son mieux.

Le 16 juillet, elle commence à critiquer ses hallucinations, en parlant « d'impressions », d'idées, qu'elle considère comme des « bêtises ». Elle continue cependant à croire que ses voisins disaient du mal d'elle, qu'ils ont été « méchants et jaloux » envers elle.

Le 27 août, la correction des hallucinations olfactives, gustatives, cénesthésiques, visuelles, auditives, psychiques et psychomotrices est parfaite.

Le 4 septembre, on n'a plus affaire qu'à une femme très émotive, se troublant faiblement et présentant tous les stigmates vaso-moteurs de l'hypéremotivité, mais qui n'extériorise plus aucune idée délirante et qui critique avec l'accent de la sincérité la plus absolue ses idées déli-

rantes et ses hallucinations passées. Mentionnons que Mme X... accuse quelques petites lacunes de mémoire sur certains faits passés lors du maximum de ses troubles, mais que nous versons au compte non d'un reliquat confusionnel, mais bien du tempérament hyperémotif et scrupuleux, et surtout des troubles circulatoires.

La T.A. est à 21-12 1/2 au Vaquez (par la méthode palpatoire), l'état général s'est amélioré, il n'y a plus d'insomnie ; l'appétit est bon, le poids est passé de 40 à 46 kg.

La malade, guérie, quitte le service le 5 septembre.

Les examens de laboratoire faits à ce moment fournissent les résultats suivants :

Urines. — Pas d'albumine, ni de sucre, ni d'acétone (juillet et septembre).

Sang. — Urée (sept.) = 0,40-0,36.

Formule sanguine : normale, il n'y a pas d'hyperglobulie.

Glycémie (sept.) : 0,90-0,80 p. 1.000.

Cholestérine (sept.) : 1 gr. 80-1 gr. 78 p. 1.000.

L'électrocardiogramme est normal. On note cependant une inversion de T en DIII. La tachycardie émotive s'inscrit remarquablement aussi sur les tracés du pouls huméral.

Les renseignements suivants nous ont été fournis par la malade depuis sa sortie :

La T.A. (Vaquez-Laubry) le 8 décembre 1937 : 15 1/2-10.

Les menstruations ont reparu les 19 septembre, 7 octobre, 29 octobre et 22 novembre 1937.

En résumé, il s'est agi d'un état psychopathique survenant au cours de la ménopause chez une femme de 45 ans, indemne de tout antécédent vésanique, mais hyperémotive. Etat caractérisé par : un délire de persécution avec automatisme mental ayant précédé de quelques semaines ou de quelques mois l'apparition brutale d'un syndrome hallucinatoire particulièrement riche, intéressant tous les organes sensoriels et évoluant en moins de trois mois vers la guérison.

Nous avons bien affaire à une psychose de la ménopause : outre les troubles menstruels marqués par une aménorrhée totale, nous relevons la présence de tout le cortège symptomatique habituel : congestion subite de la face avec sensations de bouffées de chaleur, de lassitude générale, de tension abdominale, sans parler des troubles vasculaires multiples : veineux et artériels sur lesquels nous reviendrons.

Cette psychose a débuté au cours des premiers mois de l'année 1937 par des troubles de l'humeur et du caractère avec inquiétudes, interprétations et rumination mentale précédant

des idées délirantes de persécution, lesquelles devançant de quelques semaines ou de quelques mois au plus l'apparition brusque d'une crise hallucinatoire. Cette crise hallucinatoire est soudainement déclenchée par un choc émotionnel intense provoqué par la frayeur au cours d'une nuit de grand orage en juin 1937. Dès lors, est constitué le tableau typique d'une psychose hallucinatoire avec délire de persécution ; par sa symptomatologie classique, il peut en imposer au regard des plus avertis pour une psychose d'évolution chronique et cependant en moins de trois mois (juin à septembre), il nous a été possible d'assister à une correction progressive puis à une disparition totale des troubles. Par ce côté favorable, le pronostic de cette bouffée hallucinatoire s'apparente à celui des autres manifestations psychiques de la ménopause (états confusionnels, érotiques, mystiques, mélancolie, etc...) : parmi les accidents nerveux de la ménopause, il convient donc de faire une place à ces crises hallucinatoires d'évolution rapide et totalement curables.

Cette crise hallucinatoire s'est accompagnée de troubles vasculaires et surtout d'une hypertension artérielle moyenne, à 22-13, laquelle a cédé progressivement après la guérison du délire hallucinatoire pour se trouver à 15 1/2-10 en décembre 1937. Il s'agit d'une hypertension contemporaine des manifestations nerveuses de la ménopause puisque les examens du médecin de famille n'avaient relevé rien d'anormal concernant la tension artérielle de Mme X... durant les années 1930 à 1937. Nous avons retrouvé les chiffres suivants portés sur des ordonnances de novembre 1928. T.A., 14-9. Janvier 1929 : T.A., 13-8. Avril 1929 : T.A., 12,5-8.

Phénomène banal en soi, cette hypertension est cependant curieuse puisqu'elle régresse en même temps que les symptômes nerveux disparaissent. La courbe tensionnelle parabolique peut donc être inscrite en parallélisme à celle qui traduirait l'ascension puis le décours du délire hallucinatoire ; n'est-elle pas en effet un des éléments des désordres imposés à l'organisme par l'involution endocrinienne. Nous n'avons malheureusement pas pu préciser si l'à-coup hypertensif avait été contemporain du choc émotionnel violent ayant entraîné le déclenchement de la crise hallucinatoire.

La prédominance de l'éréthisme vasculaire, l'existence d'une hypertension moyenne vraisemblablement contemporaine du syndrome mental tiennent sous leur dépendance ces petits états d'amnésie que la malade a accusés sans que nous puissions les constater.

La thérapeutique a été des plus simples : repos général imposé au lit et au calme. Cure de sels alcalino-magnésiens afin d'exonérer et de stimuler les fonctions digestives. Cure de diurèse peu prolongée. Très rapidement on constate une reprise de l'appétit, l'état général s'amende, le syndrome mental s'estompe, la malade fait une critique serrée des manifestations morbides. Elle sort guérie trois mois après son entrée.

Conclusion — Psychose hallucinatoire curable de la ménopause. Hypertension artérielle accompagnant les manifestations mentales et régressant avec elles.

La séance est levée à 19 heures.

Le Secrétaire des séances,

Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 Février 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

Un cas de syndrome extra-pyramidal en quête d'un diagnostic,
par MM. G. MUYLE et L. Van BOGAERT (d'Anvers).

Les auteurs rapportent l'observation détaillée d'un jeune homme de 26 ans qui séjourne dans des cliniques psychiatriques depuis 1929. Outre des troubles psychiques symptomatiques de démence précoce à forme paranoïde, le sujet, qui porte de nombreux stigmates physiques de dégénérescence, présente des signes neurologiques que l'on peut classer en trois groupes : 1° une hypertonie cinétique et statique ; 2° des mouvements involontaires de la face et des extrémités et des tremblements qui n'existent pas au repos, s'exagèrent en même temps que l'hypertonie, mais n'ont pas de caractère intentionnel ; 3° une hypokinésie avec tendance à la conservation des attitudes. Il n'y a pas de signes pyramidaux, sauf une ébauche de clonus de la rotule droite et un Rossolimo bilatéralement positif.

Les auteurs éliminent successivement les diagnostics de maladie de Parkinson, de maladie de Wilson, de pseudo-sclérose de Strumper-Westphall et de pseudo-sclérose spastique de Jacob. Il s'agirait donc, d'après eux, d'un syndrome extra-pyramidal atypique sous la dépendance de lésions encéphaliques diffuses, mais atteignant surtout les formations de la base.

Etude électro-encéphalographique de deux cas
d'hémi-anesthésie hystérique, par M. Jean TITECA (de Bruxelles).

L'étude de la physiopathologie des anesthésies et des analgésies hystériques a été abordée en employant la technique électro-encéphalographique.

Les encéphalogrammes corticaux sont recueillis chez deux hystériques, d'abord au repos physique et mental complet, ensuite en réponse à des stimulations sensitives et sensorielles.

Au repos, les encéphalogrammes montrent tantôt des ondes de Berger typiques, tantôt des « pulsations » dont la fréquence est d'environ une à la seconde et dont l'amplitude, énorme, peut dépasser le millivolt. Interprétant ces pulsations comme des signes d'hyper-excitabilité nerveuse, et les comparant à celles que l'on retrouve en dérivant directement le cortex des animaux après badigeonnage local à la cocaïne, l'auteur met ce phénomène en parallèle avec la facilité avec laquelle ses malades présentaient des « crises nerveuses ».

Les stimulations périphériques (tactiles, thermiques, douloureuses et profondes) font disparaître momentanément les ondes de Berger et les grandes pulsations quand elles sont appliquées sur une partie normalement sensible des téguments ; mais elles restent absolument sans action lorsqu'au contraire elles portent sur une zone prétendument anesthésique. La projection de nombreux encéphalogrammes corticaux, recueillis dans diverses conditions expérimentales, vient à l'appui de cette opinion.

Ces expériences dont les résultats, étant donné les conditions d'enregistrement, ne peuvent être faussés par la volonté du sujet, établissent la réalité clinique des anesthésies hystériques. Si ces données se confirment sur une plus grande échelle, elles pourront utilement servir à aborder l'étude strictement objective, et dégagée de toute passion, de la physiopathologie des troubles hystériques.

J. TITECA.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

L'Année psychologique, trente-septième année (1936), publiée par Henri Piéron, Professeur au Collège de France et à l'Institut de Psychologie de l'Université de Paris, Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne, Co-Directeur de l'Institut National d'Orientation Professionnelle (2 vol, in-8°, 844 pages, Félix Alcan édit., Paris 1937).

Comme les années précédentes, l'*Année Psychologique*, fondée en 1894 par Henry Beaunis et Alfred Binet paraît, sous la direction du Professeur Henri Piéron, en deux volumes qui contiennent des Mémoires, Originaux, des Notes et Revues et de très nombreuses analyses bibliographiques. Marcel François, mort le 29 octobre 1937, a, pour la dernière fois, rempli les fonctions de secrétaire de la rédaction, qu'il a pendant 15 ans occupées avec tant de dévouement et de compétence.

Parmi les Mémoires originaux qui figurent dans le premier volume, il faut citer, après celui dans lequel M. Henri Piéron expose les résultats de ses *Recherches sur la latence de perception des accroissements de luminosité*, un ensemble d'études sur les aptitudes motrices et les aptitudes perceptives de MM. M. Dewin (Etudes sur les aptitudes motrices), S. Célis (Les différentes formes de la perception visuelle), et A. Fauville (Note sur l'organisation des aptitudes motrices et des aptitudes perceptives), un travail fait sous l'inspiration de M. Henri Piéron, par MM. E. Geblewicz et N.C. Shen, sur le rôle du temps dans la perception de la profondeur, un mémoire de M. A. Tilquin sur les transformations du stabilimentum et l'évolution organique chez *Argiope Bruennichi*, la publication des résultats des expériences de MM. A. Chweitzer, E. Geblewicz et W. Liberson sur l'électrénocéphalogramme humain dans un cas d'intoxication mescalinique, l'exposé des recherches de Mme Jeanne Monnin sur les épreuves d'intelligence montrant l'étroite valeur prédictive de tests qui ne prennent toute leur valeur que lorsqu'ils sont judicieusement groupés, et un important mémoire dans lequel, étudiant les réponses aux émotions-chocs chez les Parkinsoniens, le

D^r W. Aubrun met en lumière l'affaiblissement, la brièveté ou même l'absence des réactions somatiques de ces malades aux choses émotionnelles, l'absence aussi de manifestations extérieures de peur, d'émotion, voire même de simple surprise au moment de la production de l'agent émotionnel, et ce, chez des sujets à expression mimique parfois suffisamment conservée. Ces anomalies des réponses aux choses émotionnelles sont, pour M. W. Aubrun, parmi les principales caractéristiques des modifications du fond mental des Parkinsoniens : les troubles de l'attention, du courant de la pensée, de la volonté, seraient, pour une part importante, sous leur dépendance.

Parmi les Notes et revues, on trouvera des observations de M. E. de Somer (de Gand) sur *la mystique comme caractéristique de la psychologie de l'homme* et des remarques de M. H. Piéron sur *la sonométrie hétérotonale*.

Viennent ensuite 1.513 *analyses bibliographiques* de travaux concernant la psychologie normale ou pathologique, la psychophysiologie, la neuropsychiatrie, la psychologie appliquée, la psychotechnique, etc. Une chronique des principaux faits de l'année pouvant intéresser les lecteurs (Nécrologie, Nominations, Périodiques, Congrès, Universités, Institutions, Sociétés scientifiques) termine le deuxième volume de cette trente-septième année de l'*Année Psychologique*, indispensable à toutes les bibliothèques de psychologie et de neuro-psychiatrie.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

Cinq nouvelles conférences sur la pédagogie des enfants arriérés, publiées par le Groupe d'Etudes Bellan-Binet, sous la direction du D^r Th. SIMON (un vol., in-12., 164 pages, Imprimerie Coueslant, Cahors, 1937).

Le sujet de chacune de ces conférences après avoir été mis à l'étude et discuté, sous la direction du D^r Th. Simon, par des professeurs d'enfants arriérés, parmi lesquels, M. Guilmain, Mme et M. Paris, M. Fresneau, était ensuite mis au point et exposé par l'un des collaborateurs.

La première de ces cinq conférences, sous la signature de M. Th. Simon, est consacrée à *l'Assistance aux enfants anormaux* et date de 1930. Elle montre des liens qui existent entre des établissements pourtant différents, fait ressortir la variété des enfants anormaux, la multiplicité des situations auxquelles il faut s'adapter, la diversité des conditions auxquelles doit être préparé un professeur d'enfants anormaux.

La seconde, pleine de renseignements et de conseils pratiques, a trait aux *Rapports de la classe de perfectionnement avec l'école où elle se trouve et aussi avec l'extérieur* (écoles du voisinage, œuvres sociales, etc.).

La troisième conférence traite des *leçons de choses* et des façons de les rendre vraiment utiles à des arriérés et à des instables, de leur programme, de la liaison des leçons de choses avec les autres leçons.

Les troubles de la parole, si fréquents chez les enfants arriérés, sont l'objet de la quatrième conférence où l'on envisage successivement l'origine des troubles d'articulation, la correction et la rééducation : elle est complétée par des *exemples de techniques spéciales* présentés par M. Guilmain.

Dans la quatrième, M. Maurice Chevais, inspecteur de l'enseignement mu-

sical dans les écoles de la ville de Paris, étudie l'importante question du rôle du chant et de l'enseignement musical dans les classes de perfectionnement. Il indique les raisons générales et particulières de donner une place à la musique dans les programmes, les moyens à employer, les précautions à prendre, et résume en terminant les préceptes pédagogiques à suivre sous les quatre impératifs suivants : « simplifie, fais agir, varie, donne confiance ».

Pour terminer, la cinquième conférence donne des indications générales, des projets aussi concernant l'enseignement de la gymnastique aux enfants anormaux.

Ce livre, plein de conseils pratiques et des leçons de l'expérience, ne prétend pas à des conclusions définitives. Il est le résultat d'un grand effort de collaboration médico-pédagogique et rendra les plus grands services à tous ceux qui comprennent l'importance du dépistage précoce et de la récupération des enfants arriérés.

René CHARPENTIER.

Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales, par A. COURTOIS. — Préface du Dr E. TOULOUSE (1 vol. in-8°, 168 pages, édité par l'Association des amis d'Adolphe Courtois, Le François dépositaire, Paris 1938).

Dans la Préface, le Dr E. Toulouse, dont le regretté Dr Adolphe Courtois fut le collaborateur et le beau-frère, expose le but de cette publication et les idées directrices de l'activité médicale de l'auteur : recherche systématique des conditions anatomo-physiologiques des troubles mentaux, entier et précieux concours au « système libéral » d'assistance aux aliénés, aux services « ouverts », aux dispensaires prophylactiques. Tous ceux qui ont vu Ad. Courtois dans son service de médecin résidant à l'Hôpital Henri-Rousselle ont pu apprécier avec quelle ardeur et avec quel succès il se donna à cette œuvre avant de devenir Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît.

En termes émus, le Dr L. Marchand, son maître, retrace la vie et l'œuvre de ce jeune psychiatre, plein d'avenir, aimé et estimé de tous, mort en 1935, à l'âge de 32 ans. Une liste de ses titres et de ses 173 publications diverses précède ensuite la réédition dans ce volume (ou le résumé) des principaux travaux d'Ad. Courtois groupés sous les rubriques suivantes : recherches sur le sang dans les maladies mentales ; recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales ; encéphalite épidémique, épilepsie sous-corticale, syndrome comitio-parkinsonien ; encéphalites psychosiques ; rôle des encéphalopathies infectieuses dans la genèse des troubles mentaux.

Le livre se termine par une note d'Ad. Courtois, décrivant un symptôme caractérisé par la flexion réflexe unilatérale de la jambe par flexion de la tête en cas de coma par lésion cérébrale circonscrite, signe auquel il est proposé de donner le nom de « Signe de Courtois ».

Ainsi que conclut M. Toulouse, « il est bon, il est utile que ces travaux « puissent inspirer d'autres recherches et même guider les jeunes par l'originalité de la pensée, la sincérité de l'observation, la sûreté et la probité « de la méthode ».

René CHARPENTIER.

Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques. Essais thérapeutiques, par le Dr Jean MILLOT (1 vol., in-8°, 92 pages. Thèse, Nancy 1937, Tollard, Nancy-Laxou, édit.).

Dans ce travail inspiré par le Docteur Hamel, après avoir rappelé l'histoire du délire aigu, et passé en revue les diverses médications utilisées jusqu'à présent et dont la plupart ne sont pour lui que des essais thérapeutiques symptomatiques, l'auteur expose une méthode de traitement anti-infectieux qui très souvent lui a donné d'heureux résultats. L'agent anti-infectieux employé par M. Jean Millot est l'iodhydrate d'hexaméthylène tétramine éthanol (Iogol) qui est administré par la voie intraveineuse à la dose de deux ampoules par jour de 0 gr. 25 chaque et associé fréquemment au sérum bromuré à 10 % (à la dose de 1 à 2 gr. de NaBR par 24 heures), celui-ci comme calmant de l'agitation.

Dans la partie clinique de ce travail, l'auteur s'est surtout attaché à préciser les caractères d'une forme d'encéphalite psychosique subaiguë qui, tant à cause de son début aigu revêtant le tableau de la manie confuse, que pour son évolution particulière et sa fréquence relative chez de jeunes sujets, lui a paru mériter d'être individualisée. L'auteur rapporte ici dix observations personnelles de cette variété d'encéphalite psychosique.

J. EDERT.

L'érotomanie, illusion délirante d'être aimé, par le Dr Gaston FERDIÈRE, médecin des hôpitaux psychiatriques. 1 vol. in-8°, 170 pages, G. DOIN et C^{ie} édit. Paris, 1937.

Comme celui même de l'amour normal, le début de l'érotomanie est variable, tantôt brusque, en coup de foudre, véritable choc passionnel que le malade a cru constater sur l'objet plus encore qu'il ne l'a personnellement ressenti, tantôt au contraire lent et soumis à une incubation plus ou moins longue. Ses modalités sont de même assez diverses, croyance à un amour partagé, croyance à l'amour de l'objet avec négation ou inconscience de son affection personnelle, sentiment secondaire ou initial à celui supposé chez l'objet, épisode idyllique véritable ou pratiques sexuelles servant de point de départ au thème imaginatif et délirant.

L'auteur cite longuement — avec raison — G. de Clérambault et sa conception des délires passionnels morbides, délire érotomaniacal, délire de revendication, délire de jalousie. Il expose point par point le postulat fondamental : « C'est l'objet qui a commencé et qui aime le plus, ou qui aime seul », les thèmes dérivés et regardés comme évidents : « l'objet ne peut avoir de bonheur sans le soupirant ; l'objet ne peut avoir une valeur complète sans le soupirant ; l'objet est libre, son mariage n'est pas valable », les thèmes dérivés et qui se démontrent dont le plus important est certainement « la conduite paradoxale et contradictoire de l'objet », enfin l'évolution de l'érotomanie en trois périodes, d'amour ou d'optimisme, de pessimisme ou de dépit, de haine véritable.

Ne considérant pas l'érotomanie comme une entité morbide, il la décrit comme un syndrome, qui s'observe dans les maladies mentales les plus diverses : dans les délires chroniques dont il adopte la conception tripartite du Professeur Claude en paranoïaques, paranoïdes, paraphréniques ; dans les états hypomaniaques, dans les cas aigus.

Après avoir envisagé les rapports de l'érotomanie avec le mysticisme d'une part, avec la jalousie d'autre part, il aborde le point de vue de la médecine légale et de la prophylaxie sociale, passant en revue les réactions morbides du ou plutôt de la malade et la conduite à tenir par sa victime.

Et pour terminer cette thèse intéressante, bourrée de faits et de citations, il tente, trop brièvement à notre gré, un essai pathogénique du syndrome érotomaniaque.

Roger DUPOUY.

Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme, par JEAN FRETET, interne des hôpitaux psychiatriques. Un vol. 136 pages. F. Alcan édit. 1937.

L'auteur débute par un éloge de Clérambault, auquel nous nous associons pleinement. « Le maître de l'Infirmier a laissé une pierre sur laquelle on éprouve les délires érotomaniaques pour en reconnaître les formes pures. » Le but de sa thèse est d'étudier le nœud « idéo-affectif » qu'est le postulat érotomaniaque et il s'adresse pour ce faire aux facteurs affectifs. L'un des principaux est l'intérêt qui explique le mobile véritable de la poursuite de l'objet, à savoir la position élevée de celui-ci ; la rencontre fortuite, d'autre part, du sujet et de l'objet supérieur serait préparée par un travail inconscient, l'espoir secret de le rencontrer et d'en être aimé. Le « coup de foudre » n'est que la concrétisation d'une aspiration. Il arrive cependant que l'objet choisi ne soit pas réellement supérieur, mais alors il l'est illusoirement ; l'amoureux « magnifie » l'objet modeste ou le confond avec quelque autre, fortuné ou illustre.

Ces remarques, ferai-je observer, ne sont pas spéciales à l'érotomanie ; nous retrouvons chez le persécuté l'égoïste ou le mégalomane qui s'ignore et, dans le thème interprétatif, nous reconnaissons fréquemment un apport imaginaire important.

Le Dr Fretet étudie successivement les rapports des thèmes d'érotomanie et de filiation, l'érotomanie homosexuelle travestie et « les moyens de parvenir », mendacité, mauvaise foi, ruses multiples, lettres passionnées, manœuvres exaltant la jalousie de l'objet, doléances hypochondriaques, appels à la pitié, cris de détresse, promesses fallacieuses... Il insiste ensuite avec raison sur les états et les sentiments d'infériorité dans l'érotomanie ; il va de soi que ceux qui sont comblés par la fortune et par l'amour n'éprouvent aucune tendance à chercher un objet imaginaire qui satisfasse leurs besoins de lucre et d'affection.

Je termine enfin sur l'inconstance du postulat et la curabilité de l'érotomanie vraie. Nous ne partageons pas entièrement ces deux affirmations de l'auteur : le postulat paraît souvent inconstant par suite de la mendacité et de la dissimulation — classiques — du sujet ; l'érotomanie, d'autre part, guérit exceptionnellement pour ne pas dire jamais, à notre avis, mais elle peut assez fréquemment être refoulée par l'intimidabilité de l'objet, sa timidité, sa crainte des conséquences de sa poursuite ; mais au fond, en dehors du transfert affectif qui montre la pérennité du sentiment seulement dévié vers une autre personnalité, le sujet continue d'aimer l'objet et d'imaginer les bénéfices qu'il retirerait de la satisfaction de ses désirs intéressés.

R. DUPOUY.

Conflits sociaux et psychoses (étude médico-sociale). Travail de la Clinique des maladies mentales et de l'Encéphale, par le Docteur Maurice LECONTE, interne des hôpitaux psychiatriques. Thèse Paris 1937. 1 vol., in-8°, 122 pages, G. Doin édit.

Thèse toute d'actualité ; étude des relations entre les psychoses et les conflits sociaux. A l'origine des psychoses l'on rencontre souvent, en effet, des traumatismes affectifs et le rôle pathogénique de ces facteurs moraux et réactionnels ne saurait être nié ; les graves événements sociaux de 1936 ont certainement eu des répercussions mentales sur des organismes insuffisamment résistants du fait de leur nature dégénérative, toxique ou infectieuse.

Chaque révolution sociale apporte son contingent à la folie ; il eût été surprenant que les journées révolutionnaires de juin 1936 ne fussent point cause de troubles psychopathiques graves ; de fait, elles ont donné naissance à diverses psychoses, situationnelles, de conflits ou réactionnelles, que Leconte s'est attaché à décrire d'après les cas cliniques qu'il a observés et dont la plupart revêtirent une forme anxieuse, d'ailleurs tout à fait logique et motivée.

La statistique a fourni des données incontestables en montrant une brusque « efflorescence mentale » ; les courbes de l'asile Sainte-Anne, de l'hôpital Henri-Rousselle, de la Préfecture de Police sont identiques et leur ascension momentanée à la fois irréfutable et significative : le nombre des internements s'est proportionnellement élevé avec l'acuité des troubles sociaux, en raison du surmenage affectif et émotionnel intense engendré par ceux-ci et auquel ont succombé les cerveaux les moins résistants.

R. DUPOUY.

Fragments de psychiatrie coloniale, par le Dr Angelo BRAVI. 1 vol., in-8°, 210 pages. Tip. P. L. Orfani, Cav. L. Pedrotti. Brescia, 1937.

M. Angelo Bravi, qui fut attaché pendant quelque temps à un Service de Psychiatrie à l'Hôpital de Tripoli, s'est appliqué à l'étude de quelques problèmes de Pathologie et d'Assistance mentale coloniales. Dans ce volume de 200 pages se trouvent réunies des publications ou communications faites par lui à diverses occasions, dont quelques-unes au Congrès d'Hygiène Mentale et au Congrès International de Psychologie de Paris.

Le Titre I est une Introduction à la Psychiatrie Coloniale. Le Titre II envisage les Difficultés préalables à l'étude psychologique de l'Indigène Nord-Africain (Lybien). Il souligne ce que la langue, les mœurs, la religion, le degré de culture, la notion de temps, de fatalisme religieux apportent de difficultés à l'application de nos tests, à l'introspection psychanalytique. Le Titre III étudie quelques différences psychologiques et tendances psychopathiques dans les races indigènes lybiques, arabes et israélites. Le Titre IV a pour objet : « L'anaffettività e l'Islam », étude séméiologique intéressante.

Le Titre V, le plus important, est un très gros travail : « A propos de la Neuro-syphilis chez les Indigènes Nord-Africains », travail d'une documentation copieuse, qui fait aux travaux français la place légitime qu'ils méritent. Quelques observations italiennes viennent s'y ajouter. Nous pensons que la question se transforme de nos jours et que bientôt il faudra la « reconsidérer » sous un jour nouveau, étant donnée l'augmentation impressionnante de la paralysie générale indigène. Beaucoup de discussions

passées paraîtront oiseuses et deviendront caduques. Les 100 pages que le Dr Bravi consacre à l'histoire et à la discussion critique du problème resteront comme un rappel bibliographique important.

Le Titre VI traite de *l'Assistance Psychiatrique aux Indigènes Lybiens. (Etat actuel et propositions)*. Enfin le Titre VII élargit la question et donne les résultats d'une enquête sur *l'Assistance Psychiatrique aux Indigènes Africains Méditerranéens*. L'œuvre française en Tunisie, en Algérie et au Maroc, dans ce domaine, est rapportée de façon détaillée et élogieuse.

Plusieurs de ces articles sont en langue française et, à la fin du volume, des résumés en français, anglais et allemand aideront à la diffusion de ces études méritoires.

A. P.

L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain (Etude clinique), par le Dr SUTTER, ancien interne des Hôpitaux d'Alger. 1 brochure, in-8°, 222 pages. Thèse, Alger 1937.

Ce travail, entrepris à la Clinique Psychiatrique d'Alger et inspiré par le Professeur Porot, nous révèle l'extrême fréquence et les particularités de l'épilepsie mentale chez l'indigène Nord-Africain. Comme l'écrit l'auteur, « l'intérêt qui s'attache à l'étude d'un problème local, c'est d'en pouvoir faire un terme de comparaison ». Le premier terme de cette comparaison nous est donné, au début, par une excellente revue clinique de l'épilepsie mentale en général, avec esquisse, chemin faisant, d'une théorie personnelle de l'amnésie épileptique.

En face de ce premier tableau, il dresse, dans un second chapitre, celui, moins connu, de l'épilepsie mentale telle qu'elle est observée chez l'indigène Nord-Africain. Après avoir rappelé l'existence d'un « tempérament indigène » spécial, étendant ses particularités dans tous les domaines, il montre que l'épilepsie, en dehors de ses paroxysmes psychiques, revêt, chez l'Arabe, des modalités assez atypiques pour rendre parfois son diagnostic embarrassant. Il prouve ensuite la fréquence, dans le milieu qu'il étudie, de l'épilepsie mentale : une statistique portant sur près de 2.000 malades mentaux, européens et indigènes, accuse une proportion d'épileptiques qui est de 4,7 % pour les premiers, de 9,7 % pour les seconds. Pour expliquer cette fréquence, on pourrait faire intervenir la prédominance, chez l'indigène, être primitif, des fonctions instinctives d'encéphaliques sur l'organisation corticale encore peu développée et particulièrement fragile.

Au point de vue clinique, il faut noter : la constance de l'agitation dangereuse et la fréquence des réactions antisociales ; — les traits particuliers du « caractère épileptique » où la viscosité psychique et la concentration habituelles sont remplacées par un manque de tonus et un fatalisme absolu ; — le polymorphisme des accidents chez le même sujet ; — la rareté des équivalents psychiques mineurs, et, au contraire, la fréquence des formes prolongées suivies d'une période stuporeuse, au lieu du réveil brusque habituellement décrit ; — l'absence de formes dépressives ; — le caractère d'accès maniaque (souvent manie colérique) que revêtent parfois les équivalents ; — enfin, la différence d'aspect entre l'épilepsie mentale de l'homme et celle de la femme indigène.

Un autre chapitre est consacré à l'aspect juridique et médico-social de la question ; les réactions antisociales sont absolument constantes chez l'épi-

leptique indigène : ce sont le plus souvent des crimes d'une sauvagerie inouïe et des délits contre les personnes ; on ne note jamais d'attentat à la pudeur, ni de vol impulsif. Enfin, le dernier chapitre groupe les 36 observations détaillées qui ont servi de base à ce travail.

A. P.

PSYCHANALYSE

Psychanalyse infantile. Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant, par Mme le Dr Sophie MORGENSTERN. (1 vol., in-8°, 112 p. in *La Bibliothèque psychanalytique*. Editions Denoël, Paris 1937).

En envisageant les créations imaginatives de l'enfant sous l'angle du symbolisme et de leur valeur clinique, Mme Morgenstern leur attribue en même temps une base morbide et un but libérateur. Les névroses infantiles ont les mêmes origines, la même structure et le même but que les névroses des adultes. Elles en diffèrent cependant parce que le refoulement manque plus ou moins. D'autre part, le contact avec l'enfant est souvent peu facile. Piaget rapproche la pensée de l'enfant de celle du schizophrène et a mis en lumière l'autisme de l'enfant. A la base de cette mascarade de la pensée et du comportement, écrit Mme Morgenstern, se trouve un échec ou un traumatisme affectifs. Aussi, pour trouver le sens réel des paroles et des actes de l'enfant, pour se familiariser avec l'expression de ses créations imaginatives, faut-il essayer de comprendre leur symbolisme.

Tel est le but de ce livre dans lequel Mme Morgenstern étudie le symbolisme des créations imaginatives de l'enfant sous les formes du jeu, des rêves et rêveries, des contes et surtout du dessin infantile, sa valeur clinique et son utilisation thérapeutique, signalant la parenté de pensée du « névrosé », du primitif et de l'enfant. La connaissance des expressions symboliques dans le jeu, dans les rêves, ou dans les productions artistiques peut permettre de découvrir un lien entre des événements qui paraissent très éloignés les uns des autres et aider à comprendre la pensée infantile. De nombreux exemples rapportés par l'auteur de cet intéressant travail tendent à montrer que le jeu, le rêve, le conte ou le dessin peuvent exprimer le conflit et en même temps le masquer. Au cours du traitement, ces mêmes activités, en utilisant des symboles de moins en moins obscurs, peuvent rendre ce conflit plus compréhensible, ramener le symptôme à son origine et aider à sa disparition.

R. C.

Le Masochisme. (Etude historique, clinique, psychogénétique et thérapeutique), par le Dr S. NACHT, suivi de **L'Origine du Masochisme et la théorie des pulsions**, par le Dr R. LEWENSTEIN, Rapports présentés à la 10^e Conférence des psychanalystes de langue française (1 vol., in-8°, 156 pages, Les éditions Denoël, Paris, 1938).

M. S. Nacht rappelle que Freud mit en évidence le masochisme moral beaucoup plus répandu que le masochisme érogène ou perversion sexuelle masochiste. Cette perversion masochiste repose sur le mécanisme habituel des perversions sexuelles : fixation et régression à des phases prégénitales de l'évolution sexuelle. Le masochisme moral se distingue du masochisme

érogène en ce qu'il ne semble pas à première vue être en rapport avec les fonctions sexuelles et qu'il n'est pas un phénomène conscient pour celui qui en est atteint. D'une manière générale, le masochisme moral correspond à un besoin d'auto-punition destiné à atténuer une culpabilité inconsciente. Vu sous cet angle, il se retrouve dans tous les états psychopathiques ; on peut cependant isoler un type de comportement particulier, le caractère masochiste. M. Naecht souligne le fait que le masochiste ne recherche pas la souffrance uniquement pour se punir, mais que le but de cet apparent refus du plaisir est de sauver ses tendances sexuelles menacées en payant une sorte de tribut. La conception tant controversée de Freud d'un instinct de destruction ne semble ajouter à ces divers éléments rien d'utilisable en clinique ou en thérapeutique.

M. R. Loewenstein arrive à la même conclusion après avoir recherché dans les différentes formes du masochisme la pulsion auto-destructrice, la pulsion de mort signalée par Freud. Dans le masochisme érogène, le sujet n'est jamais excité sexuellement par des situations ou des actes mettant directement sa vie en danger. Dans le masochisme moral, la recherche de la souffrance et la part de satisfaction érotique sont inconscientes. Le masochisme est l'un des moyens auxquels a recours le psychisme pour satisfaire à la fois la sexualité et la sécurité exigée par les instincts de conservation, lorsque ces deux pulsions se trouvent en contradiction l'une avec l'autre.

En conséquence, le problème du masochisme, tant du point de vue dynamique que du point de vue économique, n'a pas besoin de l'hypothèse des pulsions de mort et il est intelligible par le jeu des forces telles que sexualité, agressivité et instincts de conservation ; c'est un mode d'adaptation des instincts contre deux dangers perpétuellement menaçants : le danger de frustration libidinale et le danger vital.

L. R.

ENDOCRINOLOGIE

Leçons cliniques sur les affections hypophysaires, par M. LANGERON, professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Lille, suivies d'un chapitre sur la **Physiothérapie des affections hypophysaires**, par R. DESPLATS, professeur d'électro-radiologie clinique à la Faculté libre de Lille. 1 vol. in-8°, 222 pages, Masson et C^{ie} édit., Paris 1937.

Ce livre contient une série de leçons du Professeur Langeron sur la pathologie hypophysaire. Faites à l'occasion de malades présentant des affections rattachables, en totalité ou en partie, à l'hypophyse, elles ont fourni à l'auteur l'occasion de faire la critique de l'application à la clinique humaine de données de physiologie expérimentale.

Après une introduction à l'étude de la pathologie hypophysaire, chapitre dans lequel sont étudiés les éléments d'un diagnostic complet, sémiologique, pathogénique, étiologique de lésion ou de trouble hypophysaire, l'auteur consacre les chapitres suivants à l'acromégalie et au gigantisme, au diabète insipide, au métabolisme des sucres et au diabète sucré, à l'obésité et aux syndromes adipo-génitiaux, à l'infantilisme, à la pathologie circulatoire, aux tumeurs et méningites, au basophilisme de Cushing et à

l'hirsutisme, à la maladie de Simmonds, et à l'appoint hypophysaire en clinique et en thérapeutique.

Ce volume se termine par un chapitre consacré par le Professeur R. Desplats à la physiothérapie appliquée à l'hypophyse et aux troubles hypophysaires.

L'opothérapie hypophysaire est devenue d'un usage plus fréquent et d'une action plus active grâce aux progrès réalisés dans la séparation et dans la préparation des extraits d'hypophyse. De nouveaux procédés physiothérapiques ont également été tentés. Le but des auteurs est avant tout d'établir dans quelle mesure les acquisitions du laboratoire sont applicables à la clinique et à la thérapeutique.

René CHARPENTIER.

Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie, par R. RIVOIRE, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux de Nice. 1 vol., in-8°, 264 pages. Troisième édition refondue et augmentée. Masson et Co édit., Paris 1937.

Après le succès des deux premières éditions de ce livre, M. Rivoire nous donne aujourd'hui une troisième édition, dans laquelle figurent les derniers résultats enregistrés dans le domaine des recherches et dans celui de la pratique. Ces recherches ont porté surtout en profondeur. Ainsi qu'on le verra en lisant ce livre, la part de l'hypothétique a beaucoup diminué et les recherches physiologiques, biochimiques et cliniques, confirment en majeure partie les théories que l'auteur de ce livre a contribué à défendre.

La précédente édition a été entièrement refondue et, pour être complet, l'auteur a ajouté, dans cette édition, un chapitre sur la thyroïde et un autre sur le thymus et l'épiphyse.

L. R.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Médecine et mariage, par R. BIOT, H. BON, F. DUMAREST, J. GATE, J. GAUCHEMAND, E. LANCRENON, M. PÉHU, W. RIESE, G. THIRON, H. VIGNES. 1 vol., in-8° eu, 256 pages, in *Éditions du Groupe Lyonnais d'Études médicales, philosophiques et biologiques*. Librairie Lavandier, Lyon 1937.

Continuant son activité méthodique, le groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques publie, en un nouveau volume, une série de conférences consacrées à l'importante question du mariage. Après une introduction du Dr René Biot, animateur de cet intéressant mouvement qui associe des médecins, des psychologues et des moralistes, l'Abbé Emmanuel Lancrenon, docteur en médecine, expose avec une grande compétence une étude psychophysiologique du célibat, et le Dr Maurice Péhu fait un exposé critique des notions d'hérédité pathologique et de leur application, accordant une part assez limitée, trop limitée nous semble-t-il, à l'hérédité dans la genèse des maladies. Le Dr Frédéric Dumarest envisage sous ses aspects humains, moraux, sociaux, le mariage des tuberculeux, et le Dr Jean Gate établit les conditions du mariage des syphilitiques. Dans un très intéressant exposé, après quelques pages consacrées à l'hérédité des maladies mentales, le Dr Walter Riésé étudie les rapports des tares mentales et du ma-

riage et insiste sur la prophylaxie du déséquilibre par l'éducation, prophylaxie portant ses fruits sur l'éducateur lui-même. Ses conclusions qui renferment assurément une part de vérité, peuvent paraître d'un optimisme en rapport avec le but poursuivi, dont on ne saurait méconnaître la grandeur.

Après l'étude du célibat et des problèmes d'hérédité, les dernières conférences sont consacrées aux problèmes de la vie matrimoniale : *le devoir de fécondité*, par le Dr Jules Gaucherand ; *l'infécondité pathologique*, par le Dr Henri Vignes ; *les problèmes médicaux de la nullité de mariage*, par le Dr Henri Bon. Le livre se termine par des pages consacrées par M. Gustave Thibon, rédacteur aux « Etudes Carmélitaines », à *la vie à deux*, pages dans lesquelles sont exposées éloquentement les conditions essentielles, extrinsèques et intrinsèques, à la plénitude et à l'harmonie de la vie conjugale.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Action de la musique chez les aliénés (Azione della musica negli alienati), par Amedeo Ricci (Pavie). *Il Cervello*, novembre 1936, p. 332 à 350.

L'auteur a étudié l'action des auditions musicales sur 31 femmes psychopathes et 49 aliénés. Cette action s'est révélée pratiquement nulle au cours des expériences faites par l'auteur pendant cinq mois. Quelques recherches physiologiques (graphiques respiratoires, pouls carotidien) ont été effectuées. Bibliographie très intéressante et étendue.

Henri Ey.

La maladie mentale de Friedrich Hölderlin dans ses rapports avec sa faculté poétique (Die seelische Erkrankung Friedrich Hölderlin in ihren Beziehungen zu reinem dichterischen Schaffen), par Rudolf TREICHLER (Tübingen). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 40 à 144.

Nouvelle étude sur Friedrich Hölderlin qui, venant après les livres de Lange, Böhm, etc., s'inspire spécialement des conceptions de Kretschmer pour qui Hölderlin était un sensitif, schizoïde, à composante cyclothymique. Treichler intègre résolument le développement de son génie artistique à l'évolution d'une « schizophrénie latente » dont il retrace les phases successives jusqu'à un « état terminal » qui aurait duré des environs de 1810 à sa mort en 1843.

Henri Ey.

Études généalogiques dans les familles de paralytiques généraux (*Studi genealogici in famigli di paralitici progressivi*), par Hermann SELZER (Rome). *Neopsichiatria*, septembre-octobre 1936, p. 507 à 559.

Ce travail très documenté est basé sur l'étude de 64 familles de paralytiques généraux. Le détail des antécédents est particulièrement intéressant. Les conclusions générales sont que dans 87 0/0 il existait dans ces familles des maladies mentales et que, dans 98 0/0, il existait des affections nerveuses (apoplexie, méningite, etc.). Le travail ni sa bibliographie ne mentionnent la thèse de Gorman sur la constitution physique des paralytiques généraux (Paris, 1932).

Henri Ey.

Parenté ascendante et collatérale de 100 paralytiques généraux (*Eltern und Geschwister-Schaften von 100 paralytischen probanden*), par Konrad TROEGER (Berlin). *Zeitschr. f. d. g. Neuro und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 1 à 28.

Étude dermatographique et généalogique sur les antécédents héréditaires ascendants ou collatéraux des paralytiques généraux. Les données statistiques sont traduites en chiffres selon la méthode de Weinberg, ce qui rend pour le lecteur français la tâche très difficile, tous les chiffres étant donnés en pourcentage et non en valeur absolue (sauf les tableaux 7 et 10).

Nous détachons de cette étude les chiffres suivants. Sur les 200 parents de ces 100 paralytiques généraux, 124 sont morts : 17 de cancers, 12 d'apoplexie cérébrale et 10 de tuberculose ; sur les 76 vivants, 2 sont atteints de maladies nerveuses et 6 d'apoplexie cérébrale. En ce qui concerne les troubles mentaux chez ces 200 parents, l'auteur mentionne 1 schizophrène, 1 épilepsie, 1 paralysie générale, 5 arriérations, 4 démences séniles, 2 suicides, 10 alcooliques, 8 déséquilibres, 3 aliénations indéterminées. En ce qui concerne les frères et sœurs de ces 100 paralytiques généraux, sur un total de 450, 200 sont morts (11 seulement de tuberculose). On trouve dans l'ensemble de la lignée collatérale 2 cas de schizophrénie, 1 cas de psychose maniaque-dépressive, 1 cas d'épilepsie, 3 cas de paralysie générale, 1 cas de tabès, 1 cas de syphilis cérébrale, 10 cas d'arriération, 5 buveurs, 18 déséquilibrés.

Henri Ey.

L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie (La méthode généalogique, points de vue théoriques et pratiques), par F. MINKOWSKA. *L'Évolution Psychiatrique*, fasc. 2, 1936.

L'auteur étudie la généalogie de deux familles : F. et B.

La famille F. comporte 257 personnes (c'est dire l'importance de ce travail) et la famille B., 187. Dans la famille F. existe une prédominance constante du facteur schizoïde. Dans la famille B., le facteur épileptoïde joue le rôle de beaucoup le plus important. Les études généalogiques tendent à infirmer complètement la thèse du polymorphisme. L'auteur signale l'importance du conjoint et de sa famille et insiste sur la possibilité de redressement de la tare. Pour l'épilepsie, on ne peut déterminer aucun mode précis d'hérédité ; souvent, cependant, il existe une hérédité similaire ou latente.

L'auteur critique la loi allemande de stérilisation et insiste sur l'importance de la méthode généalogique.

M. LECONTE.

L'hérédité de la schizophrénie (Die Vererbung der Schizophrenie), par A. GALATSCHJAN (de Moscou). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 2, 1937.

Cette enquête qui a porté sur 214 familles de schizophrènes comprenant plus de 6.000 individus, confirme le caractère récessif de l'hérédité schizophrénique ; mais les proportions trouvées, beaucoup plus élevées que celles des travaux de Rüdin et de son école, plaident eontre l'hypothèse de la dimérie admise par les auteurs allemands. Elles sont en faveur d'une hérédité récessive monohybride, qui est appuyée également par le mode de répartition des cas selon les différents degrés de parentés. Les chiffres sont sensiblement égaux quelque soit la forme clinique étudiée, ce qui plaide pour l'unité de la schizophrénie au point de vue génétique. L'auteur s'est préoccupé du problème des hétérozygotes ; il ne pense pas que la schizophrénie évolue au dépens de la schizoïdie ; ce serait abusif de considérer comme des hétérozygotes tous les sujets avec caractère schizoïde rencontrés dans la famille des malades. La psychose maniaque-dépressive, l'épilepsie et l'oligophrénie ne sont pas plus fréquentes dans les familles des schizophrènes que dans l'ensemble de la population. L'existence d'une psychose non schizophrénique ou de l'alcoolisme chez un ascendant est sans influence sur la fréquence de la schizophrénie chez les descendants. Les tares associées peuvent intervenir pour aggraver la marche d'un processus schizophrénique.

Cet article, dont les conclusions s'écartent sensiblement des conceptions allemandes, est suivi d'une réponse de C. Brugger, dont les recherches sur la même question, sont connues, et qui fait de nombreuses réserves, les une d'ordre méthodologique, les autres concernant l'interprétation des résultats.

E. BAUER.

La question de la schizophrénie infantile (Zur Frage der infantilen Schizophrenie), par C. BAUMANN et R. VEDDER (Amsterdam). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 694 à 712.

A propos de deux observations de démence précocissime (3 ans et 7 ans), l'auteur étudie le bien-fondé du diagnostic différentiel, d'une part avec la forme démentielle de Heller et d'autre part avec les évolutions schizophréniques chez des arriérés. (Proptschizophrenien ou « schizophrénies de greffe »).

Henri Ey.

Psychose schizophrénique chez un enfant de quatre ans, par M^{me} S. Z. GALATSKAIA. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant de quatre ans qui présentait des troubles psychiques schizophréniques caractéristiques. Mme S. Z. Galatzkaia souligne chez le jeune malade, particulièrement doué antérieurement, son autisme accentué, son excitation générale, les stéréotypies, l'automatisme ainsi qu'une certaine déficience dans la sphère émotionnelle.

FRIBOURG-BLANC.

Schizophrénie sur fond de crétinisme (Schizophrenie bei Kretinismus), par W. PLATTNER (de Rhinau). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1, 1937.

L'auteur rapporte 2 observations de schizophrénie catatonique évoluant sur un terrain de crétinisme. Leur intérêt réside dans le long séjour des malades à l'asile, où l'un se trouve depuis plus de 40 ans, l'autre depuis plus de 30 ans. Dans les 2 cas, on note de lourdes tares héréditaires, en particulier l'hérédité alcoolique. L'aspect clinique est caractérisé par la persistance de l'activité du processus psychosique, qui ne s'est jamais atténué et par la monotonie des troubles due à la capacité d'expression réduite, primitive, des oligophrènes. Ces 2 observations représentent une contribution clinique au problème, remis à l'étude, des schizophrénies greffées. Il convient de leur ajouter celle du frère d'une des 2 malades, crétin également avec traits schizoïdes marqués, assassin, — ce qui démontre que la règle du caractère inoffensif des crétins comporte des exceptions, — et atteint ultérieurement de schizophrénie paranoïde.

E. BAUER.

Emotivité et trouble de la pensée dans la schizophrénie (Emotionalität und Denkstörung in der Schizophrenie), par H. SEXNER (Stuttgart). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 743 à 751.

Etude psychopathologique, un peu vague, sur les sentiments de vide, froid, terne dans la conscience du schizophrène qui a perdu la capacité de se représenter les relations symboliques (?).

Henri Ey.

Les rémissions dans la schizophrénie. — Statistique sur leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie, par L. FROMENTY. *Encéphale*, vol. XXXII, tome 1, p. 275 à 286, 1937.

Avant d'instituer l'insulinothérapie dans son service, l'A. a voulu voir le pourcentage de rémissions dans les schizophrénies non traitées ou traitées par les procédés antérieurs à la méthode de Sakel (abcès de fixation, sulfodol, hypnotiques, etc...), ces deux groupes ne sont pas distingués, par lui, l'un de l'autre, car « son matériel lui a montré, en gros, que les rémissions n'ont pas été plus nombreuses dans la période d'activité thérapeutique que dans l'ère du « nihilisme ».

Son matériel se compose des 271 dossiers retenus après élimination des cas douteux, parmi les observations prises dans le quartier des maladies mentales de l'hôpital de Tours. Cette statistique donne : 1° 15 0/0 de rémissions complètes et durables après un nombre variable de poussées schizo-phréniques ; 2° 15 0/0 de schizophrénies ayant évolué vers la déchéance après un nombre variable de rémissions ; 3° 70 0/0 de schizophrénies ayant évolué d'emblée vers la déchéance.

Pierre MASQUIN.

Etude comparative physiologique, psychologique et psychiatrique des schizophrènes polyuriques et non-polyuriques (A Comparative Physiology, Psychologic, and Psychiatric Study of Polyuric and Non-Polyuric Schizophrenic Patients), par Francis H. SLEEPER et E. M. JELLINEK. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIII, n° 5, p. 557-563, mai 1936.

La polyurie des schizophrènes est intéressante à considérer parce qu'elle s'associe généralement à une détérioration physiologique d'ensemble, caracté-

térisée par une augmentation des éliminations solides urinaires, une élévation de la pression sanguine. Les malades ont un intelligence-quotient plus élevé, des perturbations émotionnelles plus marquées que les schizophrènes non polyuriques. Les auteurs croient que l'explication de cette polyurie réside plus dans le domaine psychologique que dans le physiologique ou le biologique.

P. CARRETTE.

Gastrogrammes des déments précoces atteints de mérycisme (*Gastrogrammi di demente precoci mericisti*), par F. BARISON (Ferrara). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, II-III, 1936, p. 224 à 227.

Il semble que chez les déments précoces atteints de mérycisme, la contractilité gastrique soit amoindrie à l'égard des excitateurs mécaniques portés directement à l'intérieur du viscère. Le réflexe oculo-gastrique ne détermine pas d'abaissement du tonus gastrique et paraît au contraire provoquer des contractions plus ou moins longues.

Henri Ey.

Bacillémie tuberculeuse et démence précoce (*Bacillemia tuberculare e demenza precoce*), par Italo GIUFFRÉ (Nocera Inferiore). *Arch. Gén. di Neuro e Psich.*, septembre 1936, p. 275 à 288.

Excellente mise au point du problème des relations de la tuberculose et des états schizophréniques. L'auteur a utilisé les milieux de Löwenstein et Petraguani pour effectuer des hémocultures à partir du sang de 50 déments précoces, dont 25 présentaient des lésions bacillaires certaines et 25 étaient exempts d'atteinte tuberculeuse. Dans le premier groupe de cas, il a obtenu des résultats positifs, mais dans trois cas seulement.

Henri Ey.

Etiologie de 50 cas de démence précoce, par G. HEUYER. *Compte-rendus de la XII^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique*, p. 63 à 67, Scheveningen (Hollande), 15-20 juillet 1936.

L'hygiène pré et post-natale apparaît à l'auteur comme plus utile que la stérilisation des psychopathes dans la prophylaxie de la démence précoce. La syphilis et la tuberculose joueraient un rôle important. Les conditions du développement auraient une importance moindre que le terrain dystrophique.

P. CARRETTE.

A propos de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive associées à la grossesse et à l'accouchement (*Concerning Schizophrenia and Manic-Depressive Psychoses Associated with Pregnancy and Childbirth*), par G. M. DAVIDSON. *The American Journal of Psychiatry*, T. XCII, n° 6, p. 1331-1346, mai 1936.

Les syndromes schizophrénique et maniaque-dépressif observés au cours de l'état puerpéral subissent des modifications résultant des trois facteurs pathogéniques suivants : conditions affectives spéciales, troubles physiologiques, modifications endocriniennes. Ces trois groupes de faits com-

mandent le pronostic et le traitement. Le syndrome de la démence précoce revêt surtout la forme catatonique et l'évolution est souvent favorable. Les états dépressifs se rapportant aux questions maritales ou de maternité sont insolubles, que l'état somatique soit défectueux ou que les insuffisances glandulaires résistent aux essais de thérapie spécifique dont les 3 éléments de base principaux sont : la lutéine, la thyroïdine et la pituitrine, administrés en dehors des grandes phases d'agitation et d'anxiété.

P. CARRETTE.

Hérédité des états maniaco-dépressifs (Eredita degli stati maniac-depressivi), par ROBERTI (Florence), GIANFERRARI et CANTONI (Milan), FAITOVITCH et NICOLÉI (Venise), RIZZATI et MARTINENGO (Raconiggi), d'ORNEA et CENTINI (Sienne), VOLPI et GHIRARDINI (Udine), PUCA (Reggio-Calabrio), ROSTAN (Milan), CALZAVARA (Mantoue), COEN (Mantoue), PELLACANI (Bologne) et ANTONINI JUN. (Milan). *Atti del. Lega Ital. d'Igiene e Prof. ment. Giornata genealogica*, mai 1936, p. 23 à 113.

L'ensemble de ces travaux généalogiques et statistiques constitue une contribution de premier ordre au problème de l'hérédité maniaco-dépressive par l'ampleur de la documentation impossible à résumer ici. Les mémoires de Gianferrari et Cantoni, de Volpi et Ghirardini et de Pellacani doivent être spécialement mentionnés.

Henri Ey.

Le problème de l'hérédo-pronostic. Les chances de maladie pour les neveux et nièces des maniaques dépressifs (Zum problem der Erbprognosebestimmung. Die Erkrankungs aussichten der Neffen und Nichten von Manisch Depressiven), par Alfred RÖLL et Josef Lothar ENTRES (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, p. 169 à 202.

La probabilité calculée par la méthode de Weinberg pour les neveux et nièces de maniaques-dépressifs, d'être atteints de ces troubles, serait de 2,34 0/0 et pour les frères et sœurs (c'est-à-dire les parents de ces neveux et nièces), elle serait de 9,12 0/0. (La probabilité pour un individu quelconque serait de 0,4 0/0).

Henri Ey.

Hystérie et psychose périodique, par H. BARUK et M^{lle} Y. GÉVAUDAN. *Revue Médicale Française*, mars 1937.

Bien que l'on admette généralement la nécessité d'un état mental particulier dans le pithiatisme, d'une constitution psychopathologique en quelque sorte préformée, comme c'est le cas de la théorie de Dupré, Logre et leurs élèves, il est des cas cliniques ou biologiques ne s'accordant pas avec une telle conception.

La preuve en sont les cas où l'état mental dit pithiatique survient transitoirement grâce à des causes physio-pathologiques accidentelles atteignant plus ou moins le fonctionnement du système nerveux.

Les auteurs tirent argument en faveur de leur thèse de l'étude de certains accès de psychose périodique commençant par des crises nerveuses réalisant un tableau voisin de l'ancienne hystérie. L'épreuve thérapeutique fournit également des considérations d'interprétation délicate. Les auteurs appuient

leur thèse sur la publication de 5 observations où la psychose périodique a été associée dans les divers cas à un mal de Pott pithiatique, à des crises nerveuses, à un mutisme, à des secousses rythmées, à une hémiplegie.

M. LECONTE.

Le signe de Chvostek dans l'enfance et le profil mental des enfants porteurs de ce signe, par M. SCHAECHTER (de Nancy). *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 2, 1937.

Le signe de Chvostek doit-il être considéré comme une tare, comme l'indice d'un état d'infériorité neuropsychique ? Hummel et Jung qui ont examiné de nombreux enfants des écoles d'Iéna ont montré que ce signe est fréquemment rencontré en l'absence de tout phénomène de psasmophilie et que les enfants qui le présentent sont absolument normaux. L'auteur a abouti aux mêmes conclusions en examinant des enfants des écoles de Bucarest. Un signe de Chvostek isolé fut constaté chez 119 sur 1.158 sujets. Quelques-uns de ces enfants sont décrits comme nerveux, inattentifs, bruyants, ou comme apprenant difficilement. Le rendement scolaire est normal chez la grande majorité. Le signe de Chvostek est sensiblement plus fréquent chez les garçons (85 sur 657) que chez les filles (34 sur 501).

E. BAUER.

Déficits auditifs méconnus et entraves psycho-phonétiques, par G. DE PARREL (in *Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, n° 1, janvier 1938).

En présence d'un déficient de la voix ou de la parole et d'un retardé scolaire, un des premiers gestes d'investigation à accomplir doit porter sur l'audition. S'il y a lieu, un traitement médico-fonctionnel, qui exige la coopération du médecin auriste et du rééducateur, sera institué en vue de récupérer une partie de l'audition ou tout au moins de mieux utiliser ce qu'il en reste.

R. C.

Les syndromes neuro-psychiatriques infantiles et juvéniles, par J. ROUBINOVITCH. *Le Bulletin médical*, n° 35, p. 571 à 574, 29 août 1936.

L'auteur étudie les troubles neuro-psychiatriques du jeune âge du point de vue des réactions médico-légales. Il constate que la plupart des malades livrés à eux-mêmes aboutissent à des actes répréhensibles, dont le plus banal est le vagabondage. Les caractéristiques cliniques sont connues et l'intérêt du problème est avant tout une affaire d'eugénisme, de prophylaxie et de rééducation.

P. CARRETTE.

Types d'enfants difficiles (Typen schwieriger Kinder), par R. GRÜNEBERG (de Munich). *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 2, 1937.

En cas de conflit avec le milieu ambiant, l'enfant qui ne réussit pas à s'y adapter, peut réagir de 3 manières, soit en se révoltant (bouderie), soit en se détournant de la réalité et en se repliant sur lui-même (introversion au sens

de Jung), soit en se réfugiant dans une attitude correspondant à un stade évolutif antérieur (régression). Mais, chaque enfant réagit d'une manière typique, c'est-à-dire il a une prédilection marquée, due à sa constitution, pour l'un des 3 modes réactionnels. Cela est particulièrement vrai en ce qui concerne les enfants à l'âge prépubéral. Du point de vue de la psychologie ontogénique, chacun des 3 types correspond d'ailleurs à une régression ; la bouderie signifie le retour au comportement de l'enfant de 3-4 ans (phase de bouderie, *trotzphase*), dans le comportement des enfants introvertis on voit réapparaître des attitudes de l'enfant en bas-âge. A ces 3 types régressifs, il convient d'ailleurs d'ajouter un type « d'anticipation », déjà décrit chez les petits enfants par Bühler ; ce sont des enfants dont le comportement correspond à un âge supérieur au leur.

Chez les enfants difficiles, la non-adaptation aux exigences du milieu social est la règle. Leurs réactions sont analogues à celles des enfants normaux dont elles ne sont que les images grossies, caricaturées. La typologie des enfants difficiles peut donc s'inspirer des mêmes données. Il est facile de les classer dans les 4 groupes des enfants boudeurs, des introvertis (timides, sauvages), des régressifs (enfant au comportement de bébé, « *babyhaft* »), des non infantiles, précoces (« *unkindliche* »). Les divers troubles névropathiques de l'enfance s'intègrent facilement dans un de ces 4 types ; leur compréhension est ainsi grandement facilitée, et la conduite du traitement médicopédagogique ne peut qu'en tirer profit.

E. BAUER.

Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile, par G. HEUYER et M^{lle} COURTHIAL. *Compte-rendus de la XII^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique*, p. 92 à 100, Scheveningen (Hollande), 15-20 juillet 1936.

L'orientation professionnelle s'inspire de plus en plus des tests renseignant sur le caractère des jeunes sujets. Leur importance est aussi grande que celle des tests du niveau intellectuel. Les auteurs utilisent le questionnaire de Woodworth-Matthews, modifié pour apprécier les tendances émotives ; ils y joignent des tests sur les notions éthiques, sur l'état affectif, un essai d'auto-analyse. Ces épreuves ne renseignent pas sur les traits particuliers, mais bien sur le degré d'adaptation sociale.

P. CARRETTE.

Observation d'un cas d'onanisme chez un garçon, par Jan KORCZAK (de Varsovie). *Journal de Psychiatrie infantile*, IV, 2, 1937.

L'observation du sommeil des enfants est encore trop négligée. Elle a permis à l'auteur de noter une foule de détails sur les habitudes d'onanisme nocturne chez un petit garçon de 6 ans et de se rendre compte de la complexité psychologique du trouble. Une psychothérapie appropriée, inspirée par les phénomènes observés, eut pour effet la disparition du vice. En même temps, et sans autre traitement, le comportement de l'enfant, qui avait été jusque-là violent, indiscipliné, agité, brutal, s'améliora radicalement.

E. BAUER.

Contribution au problème clinique et psychologique des « psychozes émotionnelles » (Contributo al problema clinico e psicologico delle « psicoz emotive »), par M. BRONINCONTI (Nocera inferiore). *Arch. Gen. di Neuro e Psich.* septembre 1936, p. 253 à 274.

Exposé de quatre observations d'états confusionnels et stuporeux à la suite de violentes émotions (peurs). Suivent, ensuite, les habituelles considérations sur l'ambiguïté psycho-physiologique et la composante endocrinienne des émotions.

Henri Ey.

Psychose réactionnelle secondaire familiale (Reactive Psychosis in Response to Mental Disease in the Family), par Lauretta BENDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIII, n° 2 et 3, p. 143-165 et 289-312, février et mars 1936.

L'apparition de troubles mentaux chez un sujet met souvent en évidence les tares héréditaires de la famille. Il se crée un état émotif particulier qui affecte au maximum celui des parents dont la faiblesse constitutionnelle, l'émotivité et l'étroitesse des liens psychologiques noués avec le malade sont les plus marqués. Les troubles mentaux secondaires éclos dans ces circonstances sont étudiés par Mme Bender sous le nom de psychose réactionnelle. Les signes ne sont pas nécessairement du même type que ceux de la psychose primitive. En effet, l'hérédité n'est pas seule en cause. Des facteurs extérieurs et l'état psychologique habituel du sujet réactivé déterminent la symptomatologie. Les craintes, les suspicions, les contradictions familiales vont se fixer sur le sujet fragile sous la forme d'un état anxieux avec sentiments de culpabilité et d'auto-accusation, de revendication ou d'agressivité. Par exemple, la sœur d'un psychopathe, dans une famille privée du père, tombera malade à son tour si ce frère représente pour elle l'autorité paternelle. Une femme ayant vécu dans des conditions sexuelles anormales, atteinte de mélancolie après son veuvage, verra son propre frère présenter un état anxieux avec idées de persécution.

Le pronostic, — sauf dans la psychose maniaque-dépressive, — est indépendant de la maladie primaire. Il est favorable si la guérison de celle-ci est obtenue, mais dans le cas inverse elle peut encore être espérée grâce à une psychothérapie éclairvoyante qui s'appuie sur la découverte du mécanisme étiologique.

P. CARRETTE.

Les anomalies de perception dans le syndrome d'influence, par I. WEISSFELD. *Sovietskaja Psichonevrologia*, tome XII, n° 3, 1936.

Au sujet du syndrome d'influence se rattachant au délire de suggestion, aux automatismes, aux hallucinations psychiques et aux pseudo-hallucinations, l'auteur s'élève contre l'opinion qui rattache le délire d'influence à l'interprétation des phénomènes hallucinatoires. Il pense que, bien que l'interprétation puisse contribuer à la construction du syndrome d'influence, on ne doit pas perdre de vue la perception directe de forces qui agissent sur le malade. Ces perceptions, que l'auteur désigne par le terme de « perceptions génésiques » sont organiques puisque les malades les localisent dans leur corps. Leur origine n'est cependant pas auditive mais plutôt visuelle et

explique le caractère inadéquat des réactions motrices et émotionnelles du malade. Dans le cas où les réactions du malade sont particulièrement violentes, on peut les attribuer aux hallucinations acoustiques ou les rattacher aux idées délirantes. Les perceptions dans le syndrome d'influence peuvent se manifester sous une autre forme encore : la forme sygénétique, en rapport avec les perceptions génétiques. Le malade affirme par exemple qu'on lui imprime ses pensées sur le front ou à travers les yeux. Ces sensations ne sont pas suggérées, mais elles accompagnent plutôt le processus même d'influence.

FRIBOURG-BLANC.

Syndrome d'automatisme mental de G. de Clérambault (Syndromo de Automatismo Mental de Clérambault), par ANNIBAL SILVEIRA. *Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo*. T. 11, n° 1, p. 1-31, janvier-mars 1936.

Les manifestations d'automatisme mental signalées par de Clérambault dans les psychoses hallucinatoires sont exposées et complétées par des observations rares : écho de l'hallucination isolée, transmission renversée de la pensée, organisation d'une personnalité seconde neutre, sans caractère hostile. Pour tenter de préciser les tendances organicistes de de Clérambault, M. Silveira analyse les répercussions psychiques de certains troubles moteurs et les met sous la dépendance d'altérations fines cortico-striées. Elles seraient à la base du syndrome d'influence extérieure.

P. CARRETTE.

Hallucinations de présence extérieure invisible (Aluciaciones de presencia exterior invisible), par FERNANDO GORRITI. *La Semana medica*, n° 31. *Sociedad de Neurologia y Psiquiatria*, 26 juin 1936.

Il s'agit d'une classe d'hallucinations caractérisées par une représentation fugace et spontanée, chargée d'une forte tonalité affective, basée sur des souvenirs, se rapportant le plus souvent à une personne disparue. Les phénomènes signalés touchent aux problèmes de perception supranormale de la métapsychie. Plus précisément, ils évoquent les troubles de la conscience observés dans l'hystérie et notamment ceux que M. Gorriti a déjà rapportés à propos du dédoublement « baldéique » de la personnalité.

P. CARRETTE.

Les hallucinations visuelles, par H. BARUK. *Bulletin de la Société d'Ophtalmologie de Paris*, séance du 15 novembre 1936.

La monographie de M. Baruk constitue un intéressant panorama de la question des hallucinations visuelles dont il existe trois grandes variétés : l'hallucinosc visuelle sensorielle ; l'hallucinosc visuelle onirique dans laquelle il faut comprendre l'enirisme franc et l'onirisme dégradé imaginaire, souvent décrit sous le nom de délire hystérique ; l'hallucination de la désagrégation mentale, qu'on pourrait appeler l'hallucination schizophrénique. Si dans cette dernière forme l'élément sensoriel devient minime, il précède cependant souvent la dissociation. La schizophrénie étant un syndrome, on peut observer cette dernière variété d'hallucinations dans des affections telles que la paralysie générale, la démence précoce.

L'histoire de la question, traité au début, montre la genèse des discus-

sions qui se sont succédées depuis les thèses de Baillarger et de Brière de Boismont. L'auteur, qui montre par des exemples cliniques qu'il est difficile d'être uniciste en la matière et que nombreuses sont les transitions entre les différentes formes, conclut à la condamnation de la théorie ancienne de Brière de Boismont, pour qui l'hallucination peut être psycho-génétique : « Quelle que soit la forme de l'hallucination, elle constitue un phénomène pathologique subit et non une simple croyance du sujet. »

M. LECONTE.

L'érotisme sénile chez la femme, par Eugène GELMA. *Les Sciences médicales*, p. 101-105, 30 avril 1936.

L'exaltation violente et soudaine de manifestations instinctives chez la femme âgée reste incompréhensible si on la relie à des causes organiques. Physiologiquement, les conditions de l'excitation sexuelle sont depuis longtemps abolies chez le vieillard. La pathogénie de l'érotisme sénile s'expliquerait mieux par une rupture d'équilibre psychique. L'involution supprimerait d'abord les forces de répression et laisserait le champ libre aux tendances instinctives, primitives. Le traitement s'inspirerait de cette conception. Si l'état démentiel n'est pas prononcé, la psychothérapie tendra à rétablir les tendances imposées par l'éducation, plus importantes et plus profondes chez la femme que chez l'homme. On adjoindra évidemment les sédatifs habituels du système nerveux.

P. CARRETTE.

Etude nosologique et hérédobiologique des psychoses puerpérales (Zur nosologischen und erbblologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen), par H. RÖMER jun^r (Marburg). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 555 à 591.

Etude inspirée des conceptions kretschmériennes sans conclusions bien précises. Les quelques cas rapportés sont groupés dans la psychose maniaque-dépressive (5 cas) ; dans les états schizophréniques (5 cas) ; dans les états confusionnels (7 cas) et dans les états de délire fébrile (2 cas).

Henri Ey.

Delirium tremens et abcès du poumon, par Henri DAMAYE. *Le Progrès médical*, n° 18, p. 726-729, 2 mai 1936.

Le delirium tremens, expression clinique d'une méningo-encéphalite aiguë hémorragique serait due au fléchissement des résistances chez l'alcoolique à l'occasion d'infections variées. M. Damaye a déjà vérifié cette hypothèse dans les cas de plaies suppurées. Il s'agit cette fois d'une septicémie consécutive à l'ouverture pleurale d'un abcès pulmonaire.

P. CARRETTE.

De l'amnésie consécutive à un traumatisme crânien (Aufklärung von Amnesie nach Kopftrauma), par A. H. FORTANIER et T. A. KANI OU (Leyde). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 265 à 273.

Deux curieuses observations d'action de l'hypnose (amorcée par l'action de l'évipan) sur des amnésies traumatiques où d'ailleurs le choc émotionnel avait été intense.

Henri Ey.

Contribution à l'étude des états obsessionnels. Altération secondaire de la personnalité, par le professeur V. V. BRAILOWSKY. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, n° 1, 1936.

L'auteur réunit 4 observations de malades chez lesquels le syndrome psychasthénique avec obsessions aboutissait à une certaine altération de la personnalité qu'il désigne par le terme de « schizoïdisation ». Il s'établit une sorte de corrélation des traits psychasthéniques et schizoïdes, qui aboutit à la rupture avec la réalité, mais à une rupture secondaire. Dans les cas relatés par l'auteur les caractères schizoïdes se développent chez des sujets non schizophrènes. Cette particularité marque l'opposition avec la « schizophrénisation organique » des schizophrènes authentiques. Mais la séparation avec la réalité et l'auto-isolément ont pour conséquence l'appauvrissement qualitatif et quantitatif de la personnalité. Le syndrome psychasthénique offre un exemple des causes qui entraînent un tel isolement.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution au problème des idées obsédantes dans les états mélancoliques, par le professeur R. J. GOLANT. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, n° 1, 1936.

Le professeur Golant rapporte sept observations de psychose maniaco-dépressive avec phases dépressives s'accompagnant périodiquement d'idées obsédantes contre lesquelles les malades luttent avec une grande anxiété. Dans un cas où l'état dépressif revêtait une forme mixte de tendance pathologique plutôt que d'idées obsédantes pures, la lutte de la malade contre les idées obsédantes était moins soutenue. C'est un cas de transition vers les tendances sexuelles agressives avec idées de suicide dépendant de la structure de l'état dépressif en rapport avec les antécédents personnels de la malade. L'état obsessionnel se révélant sous cette forme ne se manifestait pas uniquement dans la phase mélancolique, il semblait être lié plus intimement à la psychologie de l'état dépressif.

FRIBOURG-BLANC.

La dipsomanie est-elle véritablement une impulsion ? (La dipsomanie est véritablement un impulso ?), par Mario PESERICO (Noventa Vicentina). *Archivio Gén. di Neuro-Psich. et Psichoanalisi*, septembre 1936, p. 246 à 252.

Travail théorique où l'auteur veut démontrer que la dipsomanie n'est pas impulsive parce que les dipsomanes sont essentiellement des « assoiffés ». Intéressante bibliographie sur la dipsomanie.

Henri Ey.

NEUROLOGIE

La stase papillaire (Die Stauungspapille), par R. BING (de Bâle). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1, 1937.

Dans ce rapport présenté en 1936 à la Réunion commune des Sociétés Suisses de Neurologie et d'Ophtalmologie l'auteur fait la mise au point de la question. Il discute la pathogénie de l'œdème papillaire au cours des

affections non tumorales : sclérose en plaques, encéphalite épidémique, encéphalomyélite disséminée, botulisme, anémie, chlorose, leucémie, néphrites, ramollissement artérioscléreux. Il met en relief le rôle que peut jouer l'augmentation diffuse du volume du cerveau par suite d'une poussée d'hydrocéphalie interne ou de complications méningitiques. Trois fois au moins sur quatre, l'œdème papillaire est dû à une tumeur cérébrale. La localisation de la tumeur est d'une importance essentielle pour sa production. Ce sont les tumeurs du cervelet et d'une façon générale de l'étage postérieur qui sont le plus fréquemment accompagnées de stase papillaire. Les troubles de la circulation du liquide céphalo-rachidien et l'hydrocéphalie interne sont les principales causes de l'œdème papillaire tumoral. L'hydrocéphalie interne d'autre part est provoquée habituellement par l'obstruction, mais elle peut être due aussi à l'hypersécrétion. Ce serait d'ailleurs abusif de vouloir interpréter d'une manière uniforme toutes les stases papillaires.

E. BAUER.

Sur le syndrome d'Adie (Sulla sindrome di Adie), par FILIPPO CARDONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, juillet-août 1936, p. 188 à 213.

Nouvelle observation d'un cas de pupilles toniques avec aréflexie tendineuse, sans syphilis. Revue générale de la question.

Henri Ey.

Extension du pouce. Un nouveau réflexe pyramidal (Extension des Daumens. Ein neuer Pyramiden reflex), par W. A. BICHTAROW. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1, 1937.

Un frottement de haut en bas, tout en exerçant une pression modérée le long du bord externe de l'avant-bras, provoque chez le sujet normal une flexion de la phalange terminale du pouce. Dans les lésions pyramidales, c'est par contre une extension qui se produit, avec parfois légère abduction associée. Le réflexe pathologique peut être observé également en cas de lésions extrapyramidales. Le centre réflexe doit être placé au niveau de l'écorce plutôt que dans la moelle cervicale. L'analogie de ce réflexe avec le réflexe d'Oppenheim, du membre inférieur, est évidente.

E. BAUER.

Contribution à la connaissance des hyperkinésies dans l'intoxication par le gaz d'éclairage (Zur Kenntniss der Hyperkinesen bei Leuchtgasvergiftung), par E. STENGEL et J. ZELLMAYER (de Vienne). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 3-4, 1937.

Les auteurs rapportent une observation d'intoxication par le gaz d'éclairage compliquée par des troubles hyperkinétiques graves : rotation autour de l'axe longitudinal du corps, crises d'opisthotonos, mouvements rythmiques simulant les mouvements de marche et de course, plus tard phénomènes choréoathétosiques au niveau de la tête et des membres supérieurs. Les réflexes de posture étaient exagérés. En même temps il existait une perturbation du rythme du sommeil, consistant en hypersomnie diurne et insomnie nocturne avec agitation. Ce syndrome présente des analogies frappantes, autant quant à son aspect que quant à son évolution, avec les troubles

observés chez les sujets ranimés après pendaison. Il est probable qu'en plus du facteur localisation un élément constitutionnel intervient dans leur production.

E. BAUER.

Contribution au problème des séquelles tardives de l'éclampsie puerpérale, à l'aide d'enquêtes catamnétiques (Beitrag zur Frage von Spätschäden der Eklampsia gravidarum an Hand von katamnästischen Untersuchungen), par P. KOESTER. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 1, 1937.

Sur 151 éclampsiques observées en clinique, 80, c'est-à-dire presque les deux tiers, présentent des troubles séquelles : céphalées, vertiges, faiblesse de la mémoire, nervosité, troubles subjectifs visuels. Des séquelles neurologiques graves ont été rencontrées dans quatre cas : hémiplégie, surdité nucléaire et troubles associés de l'équilibre, deux cas d'épilepsie incontestablement provoqués par l'éclampsie. Ce sont les éclampsies graves qui risquent avant tout de laisser des séquelles neurologiques lésionnelles. A noter l'absence, chez toutes les malades examinées, de séquelles renales, hépatiques, oculaires.

E. BAUER.

L'ataxie héréditaire ; étude hérédobiologique (Die hereditäre Ataxie ; eine erbbiologische Studie), par E. LUX (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 3-4, 1937.

Dans ce travail, premier d'une série, l'auteur étudie l'influence des facteurs exogènes et d'ambiance sur la symptomatologie et l'évolution de l'ataxie héréditaire, en s'appuyant sur un certain nombre d'observations personnelles ainsi que sur les observations publiées dans les travaux de langue allemande, française et anglaise. Ce sont les cas de gémellité qui méritent une attention particulière. Sur 13 exemples publiés, 4 sont des jumeaux univitellins certains ; la similitude de l'évolution est frappante dans ces cas. Par ailleurs on a noté des différences sensibles d'aspect et d'évolution, sans que l'intervention d'une cause exogène quelconque ait pu être accusée. Les maladies infectieuses peuvent déclencher l'ataxie héréditaire, aggraver l'intensité des troubles, précipiter l'évolution. Mais elles n'ont aucune influence pathoplastique proprement dite ; on connaît à ce sujet des exemples saisissants de méningites, d'encéphalite épidémique, de syphilis centrale concomitantes. La syphilis héréditaire elle-même ne joue pas un rôle différent de celui des autres infections. On l'a vue produire parfois des syndromes neurologiques ressemblant cliniquement à la maladie de Freidreich ; mais l'examen hispopathologique a toujours révélé, dans ces cas, des lésions fondamentalement différentes.

E. BAUER.

Sur une maladie congénitale et hérédo-familiale comportant un tremblement rythmique de la tête, des globes oculaires et des membres supérieurs, par Ludo van BOGAERT et Eugène de SAVITSCH. *Encéphale* vol. XXXII, tome I, p. 113 à 139 (1 planche h. t.), 1937.

Les auteurs apportent l'étude d'une famille comportant 100 individus dont 47 sont atteints d'une maladie tremblante particulière, comportant une série

de combinaisons cliniques plus ou moins riches, depuis le tremblement congénital isolé des globes oculaires jusqu'au complexe morbide comportant le tremblement des yeux, de la tête, des membres supérieurs, l'épilepsie et parfois une attitude dystonique du cou et des troubles mentaux importants. Une observation de cette forme grave est exposée en détails.

MM. L. van Bogaert et E. de Savitsch rapprochent cette maladie des faits décrits par Lenoble et Aubureau dans la *Revue de Médecine*, en 1905 et 1911, sous le titre de Nystagmus-myoclonic. Ils placent cette affection sur les marges du nystagmus congénital, du tremblement de la tête et des tremblements familiaux.

Pierre MASQUIN.

A propos de 2 cas de kystes hydatiques du cerveau, identifiés à l'aide de l'aérocystographie avant l'intervention chirurgicale (Über zwei Fälle von Echinokokkuszysten im Gehirn, die durch Aerocystographie vor der Operation diagnostiziert wurden), par E. DRAGONAS et G. VLAVIANOS (d'Athènes). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 5-6, 1937.

L'injection d'air dans un kyste hydatique du cerveau, produite incidemment à l'occasion d'une ventriculographie, a donné une image caractéristique, d'une grande netteté. Dans un deuxième cas de kyste échinococcique intracérébral, les auteurs se sont servis avec succès de cette méthode pour préciser le diagnostic.

E. BAUER.

Tumeurs localisées au lobe frontal. Revue clinique de cent-cinq cas vérifiés (Tumor involving the Frontal Lobe alone. A Symptomatic Survey of one Hundred and Five Verified Cases), par Charles H. FRAZIER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXV, n° 3, p. 525-271, mars 1936.

L'origine de la tumeur, — optique, olfactive, basale, polaire, — n'exercerait pas d'influence sur le syndrome clinique tardif et ne permettrait pas de fixer à coup sûr une symptomatologie frontale. Les fibroblastomes partant de la base atteignent rapidement les centres sensoriels voisins. Les tumeurs parasagittales provoquent beaucoup plus souvent l'ataxie frontale, les troubles mentaux, les hémiparésies et les convulsions. Il reste à expliquer les signes vésicaux, la faim morbide, les modifications réflexes et posturales, la somnolence pour lesquels des hypothèses seules sont possibles.

P. CARRETTE.

Tumeurs de la région crânio-rhino-pharyngée (Tumori della regione cranio-rino-faringea), par Ferdinando BARISON (Ferrara). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, IV, 1936, p. 308 à 349.

Ce travail anatomo-clinique de l'active école de Ferrara, que dirige le professeur Boschi, est basé sur quatre observations avec contrôle histologique (microphotographies) de tumeurs rhino-pharyngées à symptomatologies diverses et parfois paradoxales. Dans les observations 3 et 4, il existait des troubles mentaux de type confusionnel qui donnent à l'auteur l'occasion d'exposer d'intéressantes idées sur la confusion et l'onirisme.

Henri Ey.

Contribution à la symptomatologie et à la thérapeutique des tumeurs extraméullaires (Zur Symptomatologie und Therapie extramedullärer Geschwülste), par L. BROSOWSKI (de Berlin). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 3-4, 1937.

Cette étude est basée sur 30 observations cliniques. L'extirpation après la laminectomie pratiquée sur 26 malades, a donné des résultats très favorables dans 12 cas. Bien entendu le résultat de l'intervention dépend de sa précocité, c'est-à-dire de la précocité du diagnostic. L'auteur discute la symptomatologie et le diagnostic des tumeurs extraméullaires. Il insiste sur la fréquence, comme signes irritatifs initiaux, des troubles des sensibilités kinesthésique et stéréognostique. La nature sensitive ou motrice (plus rare) des symptômes de début ne préjuge d'ailleurs nullement du siège (dorsal ou ventral) de la tumeur. Les troubles supralésionnels, par compression due à la stase du liquide céphalo-rachidien, sont fréquents. Il en résulte une discordance entre la localisation apparente et le siège réel démontrée par le radiodiagnostic au lipiodol, qui est toujours indispensable. Parmi les signes importants, il faut compter les troubles oculo-sympathiques. Le liquide céphalo-rachidien peut être trouvé normal, au début de l'évolution.

E. BAUER.

Réflexes toniques dans les affections périphériques, par A. CHAMBOUROFF. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 2, p. 233-239, août 1936.

L'auteur étudie les conditions de production des réflexes tels que le signe de Kernig et complète la symptomatologie des radiculo-névrites. Il note l'analogie avec les phénomènes du même type décrits dans les méningites et les affections spinales et les groupe sous la même loi, celle des réflexes médullaires de défense.

P. CARRETTE.

Contribution à la séméiologie de la tétanie, par le professeur BEDER. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

Le Professeur Beder rapporte deux observations de tétanie. Dans la première, à côté des signes classiques, existait une stase papillaire. Le traitement par le calcium a fait disparaître les manifestations pathologiques. L'hypertension intracrânienne était due probablement aux troubles du métabolisme, ayant pour base l'abaissement du taux du calcium dans le sang. Le second malade présentait un syndrome caractéristique de paralysie pseudo-bulbaire avec stase papillaire. A ce tableau clinique sont venues se surajouter tardivement des crises tétaniformes. L'emploi de calcium a mis fin à ces crises.

A propos de la tétanie, l'auteur souligne qu'il a observé chez ces malades un signe constant, qu'il désigne sous le nom de « plexus-phenomen ». La percussion du plexus brachial au niveau de la fosse sous-claviculaire provoque un mouvement involontaire et rapide des doigts, de la main, du poignet ou même de l'avant-bras. Ce signe a été rencontré également dans cinq cas d'ergotisme et chez quelques cancéreux à la période de cachexie.

FRIBOURG-BLANC.

PSYCHANALYSE

Contribution à la psychothérapie de l'homosexualité, par I. S. SUMBAYER. *Sovietska a Psichonevrologia*, tome XII, n° 3, 1936.

I. S. Sumbayer rapporte plusieurs observations d'homosexualité traitée par la méthode psychanalytique, d'après le procédé des « dessins libres » de Fischtenberg. L'auteur souligne la nécessité d'éclairer les parents sur les dangers que présente pour les enfants la possibilité d'observer la vie sexuelle des adultes. Dans la psychogénèse de l'homosexualité, en dehors de l'éveil trop précoce de la sexualité de l'enfant, la tendance qu'il possède à s'identifier aux personnes de son entourage peut fixer cette identification dans son subconscient et provoquer le bisexualisme latent, le sadisme, le masochisme et d'autres anomalies sexuelles. Les traits hystériques et psychasthéniques du caractère, l'apparition de fixations mentales dans la sphère hétérosexuelle ont également leur importance. En conclusion, l'auteur fait ressortir les avantages qu'offre la méthode de Fischtenberg en donnant la possibilité de pénétrer profondément le psychisme du sujet.

FRIEBOURG-BLANC.

ANATOMIE

Le problème de l'origine de la microglie (Il problema della origina della microglia), par Dino BOLSI. *Rivista di Pato. nerv. e ment.*, juillet-août 1936 p. 1 à 128.

Travail d'histologie illustré de 91 microphotographies où l'auteur, après avoir exposé les diverses conceptions de la genèse des microglioblastes, conclut de ses recherches sur des embryons de lapin, de rats, etc. et sur un embryon humain, que la microglie pénètre progressivement dans les formations nerveuses avec les vaisseaux et les méninges.

Henri Ey.

Facteurs de la genèse de l'écorce cérébrale normale et anormalement développée (Faktoren bei der Entstehung der normalen in der entwicklungs-gestörten Hirnrinde), par Hans JACOB (Munich). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 1 à 39.

Dès la fin de la première moitié du développement fœtal, il existe une structure corticale de localisation. Mais tandis que certaines formations corticales fœtales persistent à l'état adulte, d'autres disparaissent entre le 4^e et le 5^e mois. L'inégal accroissement de territoires intermédiaires, l'inégale prolifération des neuroblastes dans le cortex proprement dit et l'inégale distribution des cellules de la couche granulaire superficielle et des cellules de Cajal paraissent être les facteurs qui conditionnent la différenciation des circonvolutions. L'auteur poursuit, dans une deuxième partie, l'étude des hétérotopies corticales, et à l'aide de trois observations personnelles et de deux cas empruntés à la littérature, il montre la nécessité de décrire une forme d'hétérotopie différente de celle de Marell et Bielschowsky caractérisée par la forme sphérique, les caractères histologiques de ses limites et la disposition en grappe et latéralement au putamen. Jacob croit que ces mal-

formations corticales ne sont pas seulement le fait d'un défaut de matériel neuroblastique mais dépend de la structure (intégrité ou défaut de réseau glial normal) des formations sous-corticales. Quatorze microphotographies illustrent cet important travail.

Henri Ey.

Pseudo-tumeurs cérébrales par cloisonnements des cavités sous-arachnoïdiennes et ventriculaires, par TH. de MARTEL, J. GUILLAUME et R. THUREL. *La Presse médicale*, n° 28, p. 563-566, 4 avril 1936.

Quand les lésions inflammatoires méningées déterminent des épaississements localisés et une réaction séreuse, la substance nerveuse est comprimée comme elle le serait par une tumeur. La leptoméningite cérébrale antérieure est souvent unilatérale et occupe la partie moyenne de la convexité. Le cloisonnement du trou de Monro donne une image encéphalographique bien caractérisée. Les cloisonnements cérébraux postérieurs déterminent une hydrocéphalie interne considérable. Enfin, l'arachnoïdite opto-chiasmatique, à laquelle on a donné récemment une grosse importance, ne serait qu'une réaction secondaire à des lésions inflammatoires optiques. La chirurgie nerveuse est efficace dans les formes cicatricielles. L'écoulement séreux libère le cerveau, fait cesser la céphalée, les manifestations épileptiques et les signes de localisation dans les cas récents s'il n'y a pas de lésions

P. CARRETTE.

A propos de certaines formes anormales des méningiomes : tumeurs multiples, tumeurs récidivantes, tumeurs infiltrantes, par D. PEYRIT-DUTAILLIS et L. ECTORS. *La Presse médicale*, n° 16, p. 486-490, 21 mars 1936.

Les méningiomes ne sont pas toujours des tumeurs uniques et encapsulées. L'exérèse est parfois possible, mais dans certains cas les essais d'ablation sont vains. La multiplicité des tumeurs explique les prétendues observations de récides. Enfin, il y a des cas exceptionnels où l'absence de capsule donne au méningiome un caractère de malignité dû à l'envahissement du cerveau.

P. CARRETTE.

Variabilité des périvasculaires au cours des encéphalites, par I. BERTRAND et K. MIYASHITA. *La Presse médicale*, n° 24, p. 491-494, 21 mars 1936.

L'importance des réactions périvasculaires dans les encéphalites est telle qu'elles fournissent en général l'élément décisif du diagnostic anatomique. Les tuniques des vaisseaux et les espaces conjonctifs paraissent jouer un rôle de premier plan dans l'élimination et la désintégration des éléments infectieux et toxiques. Pour les mêmes raisons, il est légitime de les considérer comme les voies de propagation des germes et le type de leurs lésions répondrait au mode d'activité de l'agent causal de l'encéphalite.

P. CARRETTE.

Influence des tumeurs méningées sur le tissu cérébral, par H. J. SCHERER. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 3, p. 307-322, septembre 1936.

La circulation corticale du cerveau vient des méninges et elle y retourne. Cette notion anatomique suffit à expliquer les lésions secondaires d'œdème

et de nécrose du cerveau dans les tumeurs méningées et les résultats tardifs des interventions chirurgicales, progressivement favorables s'il y a simple œdème cérébral, définitives si la compression prolongée a entraîné la nécrose.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, par D. NOICA, J. NICOLESCO et E. BANU. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 3, p. 285-306, septembre 1936.

Les travaux récents sur l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse incitent les auteurs à tirer du cas complexe qu'ils ont observé des déductions intéressantes la physiologie olivaire et la systématisation cérébelleuse. Après lecture des documents cliniques, il n'apparaît pas que les spécialisations fonctionnelles palléo-cérébelleuses et néo-cérébelleuses soient absolues. La question des fonctions d'équilibration et de coordination reste difficile à dissocier. Il s'agit sans doute de manifestations diverses d'un même trouble fondamental : la perturbation des synergies posturales de la musculature.

P. CARRETTE.

La question du système mésencéphalo-hypophysaire (Zur Frage des Zwischenhirn Hypophysensystems), par O. GAGEL et W. MAHONEY (Breslau). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 594 à 613.

Il résulte des expériences de l'auteur et de l'examen critique des travaux publiés que la preuve n'est pas faite de la dégénérescence des cellules du noyau supra-optique ou des centres végétatifs paro-ventriculaires à la suite de l'extirpation de l'hypophyse ou de la section de la tige hypophysaire.

Henri Ev.

Histopathologie et pathogénèse de la sclérose latérale amyotrophique (Sulla istopatologia e la patogenesi della sclerosi laterale amiotrofica), par Mario GOZZANO (Naples). *Rivista de Neurologia*, 1936, III, p. 165 à 216 et IV, p. 304 et 324.

Très important travail sur la sclérose latérale amyotrophique. L'examen anatomique a révélé dans les quatre cas rapportés, à côté des lésions pyramidales et de l'atrophie des cellules motrices bulbo-spinales, une atteinte diffuse, plus ou moins marquée, des autres systèmes, et notamment de dégénération des faisceaux ascendants antéro-latéraux. La maladie paraît due à deux ordres de facteurs : des causes prédisposantes (vulnérabilité des deux neurones moteurs, souvent héréditaire) et des causes déterminantes (toxi-infectieuses).

Henri Ev.

Expérimentation sur les effets nocifs, au niveau des centres nerveux, de l'intoxication nicotinique chez les animaux (Tierexperimentelle Untersuchungen über die Nikotinschäden des Zentralnervensystems), par A. STIEF et St. HUSZAK (de Szeged). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 1, 1937.

C'est surtout sous forme d'intoxication subaiguë ou chronique, que la nicotine produit des lésions cérébrales graves. Mais celles-ci ne sont pas dues à son action directe sur les cellules nerveuses, mais à son action sur

les vaisseaux : sclérose des petits vaisseaux, foyers dégénératifs périvasculaires, lésions hémorragiques. Dans deux cas sur cinq étudiés (chiens), les foyers hémorragiques et de ramollissement ont été constatables macroscopiquement. L'importance des lésions cérébrales contraste avec l'intégrité des ganglions sympathiques. Il faut donc conclure que la nicotine est un poison nocif pour les centres nerveux, et pour le cerveau particulièrement.

E. BAUER.

BIOLOGIE

Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans les commotions et les contusions cérébrales *Liquoruntersuchungen nach Commotio und Confusio cerebri*, par H. SCHÖNSTEDT (de Mannheim). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1, 1937.

L'analyse systématique du liquide céphalo-rachidien des commotionnés récents et anciens révèle des modifications fréquentes. Elle est un élément non négligeable de diagnostic. La pression est augmentée dans la moitié des cas, l'hyperalbuminose et l'augmentation des éléments cellulaires sont fréquentes, le taux des chlorures est modifié dans environ la moitié des cas. Par contre, la glycorachie et les réactions colloïdales sont habituellement normales. Le liquide est normal en cas de simple uévrose traumatique.

E. BAUER.

Variations de la pression lombaire sous l'influence de quelques agents pharmaco-dynamiques chez les déments précoces et les épileptiques (*Variazione nella pressione lombare sotto l'azione di alcuni farmaci in dementi precoci e in epilettici*), par Luigi TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, IV, 1936, p. 350 à 369.

L'auteur a étudié les variations différentes de sens que provoquent chez les déments précoces et chez les épileptiques, dans la tension du liquide, les injections d'adrénaline, d'insuline et de glucose. De ces investigations méthodiquement conduites (34 épreuves d'une durée de 3 heures), Telatin croit pouvoir conclure que le comportement diffère des épileptiques et des déments précoces, en raison de leurs troubles endocriniens et végétatifs respectifs, pourrait être un moyen de diagnostic.

Henri Ey.

Des variations concomitantes de la glycorachie et de la tension céphalo-rachidienne provoquées par des agents pharmaco-dynamiques chez les déments précoces et les épileptiques (*Raffronti sulle contemporanee variazioni della glicorachia e della tensione cefalo-rachidiana provocata da farmaci in dementi precoci e in epilettici*), par Luigi TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, IV, 1936, p. 371 à 384.

L'auteur, qui s'est beaucoup occupé du métabolisme des hydrates de carbone dans les maladies mentales, conclut de ses recherches sur la glycorachie et les variations de la tension du liquide sous l'influence de l'adrénaline, de l'insuline et du glucose que les épileptiques et les déments précoces se comportent très différemment, comme des sujets atteints de maladies de nature différente, du système neuro-végétatif.

Henri Ey.

L'équilibre acide-base du liquide céphalo-rachidien dans les maladies organiques du système nerveux (*L'equilibrio acido-base del liquor nelle malattie organiche del sistema nervoso*), par Lucio Bini (Rome) *Riv. di Patol. nerv. e ment.*, novembre-décembre 1936, p. 638 à 682.

Ce mémoire très consciencieux est une sorte de bilan de nos connaissances sur le pH et la *réserve alcaline* du liquide céphalo-rachidien. Après un rigoureux examen critique des travaux publiés sur cette question, l'auteur estime que les chiffres normaux indices de l'équilibre acide-base du liquide ne sont pas connus avec certitude. Bini a étudié par la méthode électrométrique de Michaelis 17 liquides qui lui ont paru normaux au point de vue de l'équilibre ionique et 56 liquides prélevés chez des malades atteints de maladies du système nerveux (tumeurs, tabès, paralysie générale, méningite, sclérose en plaques). Les valeurs du pH du liquide normal lui paraissent plus basses que celles du sang veineux. Les maladies organiques du système nerveux, et spécialement quand elles produisent une inflammation méningée, abaissent le pH, quelle que soit l'étiologie du processus. Il existerait dans les affections inflammatoires une tendance à l'acidification, au contraire de ce qui se passe dans les troubles circulatoires.

Henri Ey.

Recherches expérimentales sur la toxicité du sang des épileptiques (*Ricerche sperimentali nella tossicità del sangue degli epilettici*), par V. M. BUSCAINO et V. LONGO (Catane). *Riv. di Patol. nerv. e ment.*, novembre-décembre 1936, p. 682 à 693.

Etude de la toxicité du sang hémolysé d'épileptiques par l'inoculation au lapin. Les recherches ont été effectuées sur 23 animaux dont 9 étaient porteurs de lésions cérébrales provoquées plusieurs mois avant. Le sang des épileptiques se révèle, quand il correspond aux phases intercalaires, plus toxiques que le sang de sujets normaux : il provoque souvent des convulsions. Quand le sang est prélevé en période précritique, un peu avant la crise, il a le maximum de toxicité. Ce travail est suivi de deux autres notes : l'une de Buscaino, sur les lésions histologiques hépatiques ; l'autre de Longo, sur les lésions de la rate provoquées par les injections de sang épileptique.

Henri Ey.

Le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales (*Liquorbefunde bei Hirngeschwülsten*), par H. SCHELLER (de Berlin) *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 5-6, 1937.

L'auteur communique ses constatations sur l'état du liquide céphalo-rachidien dans 300 tumeurs cérébrales. Les anomalies rencontrées sont décrites et discutées, en les groupant d'abord d'après le siège et la nature des tumeurs et ensuite d'après la nature des modifications : hyperalbuminose ; — augmentation des éléments cellulaires ; — présence de cellules tumorales, plus fréquente qu'on n'admet d'habitude ; — réactions colloïdales, la courbe de floculation étant souvent prolongée à droite, mais parfois à gauche pour simuler une courbe syphilitique ou paralytique (c'est le cas notamment dans les tumeurs du nerf acoustique, par suite peut-être

de leur richesse en substances lipoïdes) ; — xanthochromie observée dans 20 p. cent des cas ; — hyperglycorachie, plus souvent modification du quotient glycorachie-glycémie, exceptionnellement diminution du glucose ; — taux des chlorures, habituellement normal ; — taux de la cholestérine ; — état du liquide ventriculaire. Dans un tiers des cas le liquide fut trouvé normal.

Les modifications liquidiennes au cours des tumeurs cérébrales sont dues avant tout à la tumeur elle-même, c'est-à-dire au passage, dans le liquide, de substances d'origine tumorale. C'est pourquoi on les constate notamment en cas de tumeur ayant atteint la surface de l'écorce ou la paroi des ventricules, tandis que le liquide est normal dans les tumeurs profondes. Il y a cependant des exceptions à cette règle, mais elles s'expliquent : une tumeur ventriculaire peut rester isolée grâce à l'intégrité de l'épendyme recouvrant, de même qu'une tumeur de la surface externe grâce au cloisonnement par des adhérences méningées ; des produits d'une tumeur profonde peuvent atteindre les espaces sous-arachnoïdiens par la voie des galues lymphatiques périvasculaires. La stase veineuse par compression des sinus peut jouer un rôle, en abaissant le seuil de la barrière hémato-méningée. Mais le rôle de la stase du liquide céphalo-rachidien, par l'obstruction de son passage, est pratiquement nul.

E. BAUER.

Les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale, par H. CLAUDE, J. DUBLINÉAU, P. MASQUIN et M^{lle} BONNARD. *Encéphale*, vol. XXXII, tome II, p. 1-14, 1937.

D'un total de 23 examens portant sur seize paralytiques généraux, les A. concluent :

1° Le taux des polypeptides rachidiens dans la paralysie générale est assez souvent augmenté. Cette augmentation peut être indépendante de toute polypeptidémie et de tout signe d'insuffisance hépatique ; on est conduit à admettre dans ces cas une formation *in situ* (d'origine fonctionnelle ou lésionnelle) des polypeptides rachidiens, dans les mêmes conditions que celles mises antérieurement par eux en évidence dans quelques psychoses alcooliques. La leucocytose a été invoquée récemment en faveur de cette polypeptidorachie (Prunell). Il n'est pas sûr qu'elle soit le seul facteur en cause.

2° Le chiffre des polypeptides (compte tenu des variations liées à une méthode de dosage essentiellement délicate) paraît varier au cours de l'évolution de la maladie. Après impaludation, il diminue, mais son taux diffère alors suivant les cas : relativement élevé chez les malades à résultats cliniques nuls, il est pratiquement normal chez ceux dont l'affection a heureusement évolué. Chez certains de ces derniers, la chute de la polypeptidorachie a pu être mise en évidence au cours de l'impaludation et dans les mois ultérieurs. Il semble donc qu'on soit fondé à voir dans la lecture de la courbe polypeptidorachique une indication pronostique : le retour à un taux normal, quel que soit l'état des éléments habituels de la formule liquidiennne (albuminose, leucocytose, etc.) permet d'espérer une évolution favorable.

Pierre MASQUIN.

La courbe glycémique dans la schizophrénie (La curva glicemica nella schizofrenia), par Salvatore DI MAURO (Catane). *Il Cervello*, novembre 1936, p. 301 à 307.

Irrégularité des courbes de glycémie dans 10 cas de schizophrénie exprimant, selon l'auteur, un déséquilibre neuro-végétatif.

Henri Ey.

Rapport entre la courbe leucocytaire et le phénomène d'obstacle de Donaggio dans l'urine pendant la fièvre provoquée (Rapporto fra curva leucotaria e fenomeno d'ostacolo di Donaggio nell'urina durante la febbre provocata), par G. CAMPAILLA et L. TELATIN (Ferrara). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, II-III, 1936, p. 218 à 223.

Note préliminaire sur les variations de la température de la leucocytose et du « phénomène d'obstacle » de Donaggio. La température atteint son maximum de 3 à 5 heures après l'injection intraveineuse de pyrétamine. La leucocytose maxima se produit de 5 à 7 heures après et le phénomène d'obstacle se présente dans sa plus grande intensité 24 ou 48 heures après. Il semble que les centres nerveux thermiques et de défense organique ne soient pas simultanément touchés mais que la leucocytose et le phénomène d'obstacle se présentent simultanément comme expression du processus d'intoxication « désintoxicante » thérapeutique.

Henri Ey.

De la durée de l'incubation de la malaria inoculée chez les paralytiques généraux et de son évolution en rapport avec les groupes sanguins et la constitution, par N. I. ПОДУШКО. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

L'auteur étudie la malariathérapie chez les paralytiques généraux au point de vue des groupes sanguins et de la constitution. Il constate que : Aucun groupe sanguin ne présente de dispositions particulièrement favorables ni manifestement défavorables à l'égard de l'inoculation du paludisme. Dans les combinaisons favorables des groupes sanguins entre les donneurs et les receveurs, l'incubation est légèrement plus courte et les inoculations négatives plus rares. Dans les cas contraires, l'incubation est un peu plus longue. Dans les combinaisons défavorables, la malaria du type quotidien est plus fréquente. Souvent, en cas d'inoculation manquée, on obtient le résultat positif en utilisant le sang d'un donneur appartenant au même groupe. Le type de la constitution physique du malade ne semble exercer aucun rôle sur l'évolution de la malaria.

FRIBOURG-BLANC.

Fonctionnement rénal dans les maladies mentales (Funzionalita renale in malata di mente), par Antonino TOMASINO (Ascoli Piceno). *Neopsichiatria*, novembre-décembre 1936, p. 658 à 666.

Dans cette deuxième note, sont exposés les résultats d'investigations de fonctions rénales (azotémie, constante uréo-sécrétoire, épreuve à la phénol-phtaléine, tension artérielle) chez 12 épileptiques, 2 hystériques, 2 encéphaliques et 3 déments précoces. Tous les résultats ou presque ont été normaux.

Henri Ey.

Le métabolisme de l'eau dans la genèse de l'épilepsie (Il ricambio dell'acqua nella genesi dell'epilessia), par CARLO TERRON (Verone). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, juillet-août 1936, p. 213 à 244.

Exposé particulièrement intéressant de recherches méthodiques sur les accidents épileptiques provoqués par l'ingestion massive d'eau avec blocage de la diurèse. Complétant les expériences de Me. Quarrie, d'Arinstein, Engel, Platania, etc., le travail de Terron est basé sur l'épreuve d'hydratation obtenue par ingestion de 500 cc. d'eau associée à une injection de 1 cc. d'extraît de neurohypophyse. Cette épreuve est répétée trois fois en vingt-quatre heures. L'auteur a étudié 52 épileptiques et 13 sujets témoins. Chez les épileptiques en cours de traitement, des accidents convulsifs ont été observés dans 30 0/0 des cas et chez les épileptiques non traités dans 40 0/0.

Henri Ey.

L'épreuve de l'hyperpnée chez les épileptiques (La prova dell'ipernpnea negli epilettici), par S. GARETTO et A. ROMERO (Turin). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, juillet-août 1936, p. 252 à 273.

Exposé des résultats d'investigations cliniques et chronaximétriques portant sur 20 sujets épileptiques. L'épreuve de l'hyperpnée a été effectuée à l'air libre et au moyen de masque d'Ombrédane avec inhalation de mélanges de diverses valeurs en CO₂ et en O₂. Dans un seul cas, une véritable crise convulsive s'est produite. Ce qui paraît le plus intéressant, c'est l'apparition de signes de tétanie ou de symptômes pyramidaux. Dans les six cas étudiés au point de vue chronaximétrique, l'hyperpnée a réalisé d'une manière constante une altération du rapport chronaxique entre les extenseurs et les fléchisseurs avec tendance à l'inversion. Ces troubles étaient unilatéraux dans un cas d'épilepsie jacksonienne. Ce travail contient un exposé des plus récents travaux sur cette question (Laruelle, Heerum, Brendenberg et György, de Finis, Brody et Dusser de Barenne, etc.).

Henri Ey.

De l'action cataleptogène de la toxine paratyphique B (Sull'azione catalettogena della tossina di paratifo B), par G. DE NIGRIS et G. MARIANI (Volterra). *Neopsichiatria*, juillet-août 1936, p. 444 à 456.

Des injections de toxine paratyphique B, obtenue à partir des fèces d'un dément précoce catatonique et de la bile du cadavre d'un cas de confusion mentale avec hypertonie, ont provoqué chez le lapin une catalepsie aiguë et chronique (7 photographies inégalement démonstratives).

Henri Ey.

Encore sur l'action cataleptogène de la toxine paratyphique B (Ancora sull'azione catalettogena della tossina di paratifo B), par G. de NIGRIS et G. MARIANI (Volterra). *Neopsichiatria*, novembre-décembre 1936, p. 633 à 637.

Comme suite à leur précédent travail, les auteurs ont étudié l'action sur le lapin des filtrats des cultures qu'ils avaient obtenues à partir de deux catatoniques. Ces filtrats se sont montrés beaucoup moins toxiques lorsqu'ils provenaient de cultures par la chaleur. Il semble qu'il y ait une toxine paratyphique B neurotrope à côté d'une entérotope.

Henri Ey.

Etudes électro-encéphalographiques. Le sommeil naturel et le sommeil hypnotique (5^{me} note), par G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 2 mars 1937.

Après Berger et d'autres, les auteurs ont étudié les électro-encéphalogrammes pendant le sommeil naturel. Leurs résultats montrent une diminution du potentiel électrique traduisant une inhibition de l'écorce cérébrale.

Dans le sommeil hypnotique, après une phase d'augmentation de fréquence et de potentiel des ondes, diminution marquée du potentiel et de la fréquence.

M. LECONTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'apport de la race dans les maladies mentales héréditaires, par René MARTIAL. *Hygiène Mentale*, p. 17 à 43, 1937.

La race est un facteur qui n'a jamais été recherché à la source des maladies mentales héréditaires. Dans ce long article, M. Martial démontre son bien-fondé. Il insiste sur l'importance particulière que ce facteur présente pour la France, devenue pays d'immigration. Les cas d'aliénation mentale augmentent, dans notre pays, de jour en jour ; nos asiles sont surpeuplés. Or, les étrangers y occupent une place de choix, de même que dans nos prisons.

Qu'a-t-on fait pour surveiller ces éléments d'apport, « véritable transfusion sanguine » ? — Rien.

Pourtant c'est un devoir de race qui s'impose aux pouvoirs publics. Malheureusement, c'est nous qui l'ajoutons, la question n'a aucune valeur électorale et, nous ne tenons plus de « livres de raison » comme le regrette l'auteur.

Pierre MASQUIN.

La loi danoise de stérilisation (Danish Sterilization Law), par Gunnar WAD. *Compte-rendus de la XII^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique*, p. 32-33, Scheveningen (Hollande), 15-20 juillet 1936.

La première loi danoise sur la stérilisation et la castration date du 1^{er} juin 1929. Elle prévoyait une mesure volontaire prise à l'âge de la majorité pour les anormaux dangereux après proposition au Ministre de groupements médicaux compétents. La loi révisée après 5 ans de fonctionnement, est complétée par la prescription des moyens d'éducation du public et l'étude des garanties offertes aux sujets jeunes incapables de se diriger, arriérés intellectuels, à toutes les périodes de leur développement.

P. GARRETTE.

La stérilisation en Suède (Sterilization in Sweden), par Nils von HOFSTEN. *Compte-rendus de la XII^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique*, p. 39-41, Scheveningen (Hollande), 15-20 juillet 1936.

La loi suédoise, mise en application depuis 1935, vise généralement des cas de stérilisation volontaire. Les exceptions concernent surtout les sujets qui ont prouvé socialement leur incapacité paternelle et ceux qui présentent des dispositions aux transmissions héréditaires particulièrement nocives.

P. GARRETTE.

Progrès de la stérilisation aux Etats-Unis (Progress of Sterilization in the United States), par P. POPENOE. *Compte-rendus de la XII^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénique*, p. 42 à 44, Scheveningen (Hollande), 15-20 juillet 1936.

L'éducation du public à l'endroit du problème de la stérilisation progresse aux Etats-Unis. De nouveaux états adaptent chaque année leur législation et la cause de la castration obligatoire gagne du terrain, tout au moins comme clause de réserve, à côté des conditions de la stérilisation volontaire.

P. CARRETTE.

Raisons sociales et psychiatriques de la restriction de la natalité, par V. LUNIEWSKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937).

La natalité chez les individus psychiquement anormaux est indésirable pour des raisons économiques, eugéniques et sociales. La restriction de cette natalité indésirable constitue une question sociale importante. En partant de ce principe, la stérilisation obligatoire pour des raisons sociales a sa raison d'être. La stérilisation sous contrainte exige la constatation que le sujet intéressé ne comprend pas l'essence des obligations de la paternité et n'est pas capable de les exercer.

FRIBOURG-BLANC.

ASSISTANCE

L'assistance des aliénés en Europe (Aperçu historique et statistique), par Maurice DESRUELLES et Henri BERSOT. *Hygiène Mentale*, p. 65-119, 1937.

Il n'est pas possible d'analyser ici brièvement cette très importante étude objective, historique et statistique sur l'assistance des aliénés dans les Iles-Britanniques. Les A. y abordent les multiples problèmes que pose l'assistance aux aliénés : nombre d'asiles — mouvement de leur population — leur encombrement — la proportion des aliénés par rapport au nombre d'habitants, etc...

Au début de leur article, les A. résument l'histoire de la question pour l'Europe en général.

Pierre MASQUIN.

Considérations médico-pédagogiques sur la population actuelle de l'École La Jemmerais, par J. C. MILLER, Chef de service à l'École La Jemmerais et Alphonse PELLETIER, Chef de clinique à l'École La Jemmerais. Communication présentée à la Séance du 18 décembre 1936, à la Société Médicale des Hôpitaux Universitaires de Québec.

L'école La Jemmerais est une institution hospitalière, fondée en 1926, qui assiste les *enfants anormaux éducatibles*, soit anormaux de l'intelligence, soit enfants mieux ou bien doués sous ce rapport, mais présentant des troubles nerveux et affectifs. 35 0/0 seulement de ces enfants ont un foyer complet, et sur ces 35 0/0, 20 0/0 appartiennent à des familles tarées. L'enseignement scolaire ou manuel est donné à chacun suivant ses aptitudes. Le traitement médical nécessaire est institué.

Les résultats sont favorables. Sur 425 enfants que peut contenir l'école, 57 par an peuvent quitter l'école pour prendre une occupation. Il serait désirable d'étendre les places disponibles à 1.000.

S. LECONTE.

L'instruction du personnel des établissements psychiatriques en Suisse,
par H. BEASOT. *L'Aliéniste français*, n° 5, p. 237-247, mai 1936.

C'est la Société suisse de Psychiatrie qui a pris l'initiative de l'éducation du personnel infirmier. En 1922, elle a établi un plan d'étude et, en accord avec les Associations du personnel, elle a organisé les cours et les examens. Les asiles publics comme les établissements privés préparent leurs candidats après deux ans de pratique au minimum. Ils opèrent une première sélection parmi leurs élèves instruits d'après les directives d'un enseignement officiel fixé par la Société suisse de Psychiatrie. Le diplôme est délivré quand le candidat qui a passé l'examen avec succès, a fourni trois années de stage effectif. M. Bersot estime à 30 0/0 le nombre des diplômés. La création du diplôme a amélioré le niveau matériel et moral de l'infirmier, stabilisé les services. Il est à souhaiter que la sanction officielle vienne compléter ces initiatives heureuses. Déjà un bureau central fonctionne à Berne, il se propose de centraliser l'enseignement, d'élargir le recrutement et d'assurer le placement du personnel infirmier.

P. CARRETTE.

De la formation du personnel des asiles d'aliénés en Suisse, par le
Dr MORGENTHALER. *Kranken-und Irrenpflege*, Zurich, n° 11 novembre 1937.

La formation systématique du personnel des asiles suisses fut demandée par le personnel lui-même ; elle ne lui fut pas imposée. C'est en 1920 que les employés syndiqués prirent l'affaire en main. La Société suisse de psychiatrie (S.S.P.), d'abord méfiante, soutint finalement ces revendications, et c'est sous sa direction que les premiers examens eurent lieu en 1927.

La Suisse avec ses 4 millions d'habitants possède 46 établissements pour malades mentaux qui appartiennent soit aux différents cantons, soit à des sociétés ou des particuliers et 3 asiles d'épileptiques. Fin 1934, ces 49 établissements hospitalisaient 15.451 malades soignés par 2.819 infirmiers et infirmières. Parmi ceux-ci, en avril 1936, 1.113 avaient obtenu le diplôme de la S.S.P.

L'organisation des examens est dirigée par la « Commission des Asiles » qui s'occupe de tout ce qui concerne le personnel et surtout son instruction. Les candidats ne sont admis à se présenter aux examens qu'après 2 ans de service dans un asile d'Etat ou une clinique privée reconnue et après avoir suivi les cours d'instruction pendant deux semestres.

Cette organisation de l'instruction du personnel a pour but d'obtenir une formation aussi étendue et complète que possible en développant les qualités personnelles autant que les connaissances professionnelles.

L'auteur estime enfin que le jeune personnel devrait être obligé de suivre ces cours, que les examens devraient chercher à qualifier les aptitudes personnelles et pratiques des candidats plutôt que la science livresque, qu'il faut s'occuper du perfectionnement des employés déjà diplômés. Il envisage

la création d'une école professionnelle, dont le but serait de donner une solide formation à un nombre restreint d'élèves, lesquels seraient par la suite aptes à occuper des postes importants.

LAUZIER.

THÉRAPEUTIQUE

La thérapeutique convulsivante de la schizophrénie, par Albert BROUSSEAU.
Encéphale, vol. XXXII, tome I, p. 287-291, 1937.

M. Brousseau expose les recherches de Ladislaus von Meduna (de Buda-Pest) basées sur l'hypothèse de travail suivante :

« Entre épilepsie et schizophrénie existe un antagonisme biologique. Si chez un schizophrène se produit une crise épileptique, s'ensuivent des altérations chimiques, humorales et sanguines du milieu intérieur, défavorables aux progrès de la schizophrénie, qui ouvrent des possibilités de régression de cette affection. »

Von Meduna a d'abord employé les propriétés convulsivantes du camphre sous forme d'injections d'huile camphrée. Il adopta par la suite le Cardiazol, convulsivant à l'égal du camphre mais présentant sur lui de nombreux avantages. Il suffit en moyenne de 0,50 cgr. par voie intraveineuse pour déclencher une crise convulsive en 30 secondes. Une rémission satisfaisante se produit parfois après deux ou trois accès, mais il faut parfois pousser jusqu'à trente.

110 schizophrènes ont été traités par Von de Meduna par cette méthode : 53 ont bénéficié de rémissions, et l'on entend par là uniquement la condition des malades qui ont pu reprendre leurs occupations antérieures. Ils se décomposent en 23 schizophrénies simples, 17 paranoïdes, 7 catatoniques et 6 hébéphréniques. L'amélioration ne paraît pas favoriser l'un quelconque des types cliniques classiques ; les résultats sont d'autant plus favorables que le traitement est plus tôt appliqué.

Pierre MASQUIN.

Résultats du traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique (Ergebnisse der Hypoglykämieschockbehandlung der Schizophrenie), par Karl Theo Dussick et Manfred SAKEL (Vienne). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 351 à 415.

Cet article est un complément du livre de Sakel. Son intérêt résulte du fait qu'il est beaucoup plus clinique et pratique que le livre et que le nombre des cas dont l'observation est publiée avec plus ou moins de détails est porté à 104. Sur ces 104 cas, il y a eu trois décès au cours du traitement. Les auteurs ont traité 56 cas récents et 45 cas anciens. Les cas récents sont répartis en quatre rubriques : paranoïde (total 34, bonnes rémissions 24, rémissions légères 8) — schizophrènes à délire hypochondriaque dépressif (total 3 dont 2 bonnes rémissions et 1 rémission légère) — schizophrènes avec agitation catatonique (total 14 : 10 bonnes rémissions, 1 rémission légère) — stupeurs catatoniques (total 5 cas, 5 bonnes rémissions). Les cas anciens traités se répartissent ainsi : 16 cas à évolution plus ou moins cyclique (4 cas de bonnes rémissions, 6 cas de rémissions légères) — 20 cas de formes chroniques progressives (bonnes rémissions 2, rémissions légères 7),

Enfin, sur 9 malades schizophrènes non internées à évolution ancienne (rémissions complètes 2, rémissions légères 4). On trouvera, de la page 409 à 415, un résumé de la technique du traitement en quatre phases. On trouvera également dans ce chapitre, imprimé en petits caractères, la relation de 3 cas de décès (à des doses d'insuline d'ailleurs peu élevées). A l'autopsie, dans deux cas, on a observé dans les zones cardiaques et dans le troisième, associée à des lésions pulmonaires, une nécrose aiguë du pancréas. Certes, ces cas de décès sont proportionnellement peu importants. Ce qui nous paraît mériter une particulière réserve à l'égard de ce tableau des résultats de 104 insulinothérapies, c'est la facilité de diagnostic de schizophrénie. C'est ainsi que d'après les observations de stupeur catatonique (dont 2 sur 5 d'ailleurs ne comportent aucun détail), la plupart des médecins français eussent fait le diagnostic de stupeur mélancolique, semble-t-il. Inversement, il faut dire que l'énorme proportion de rémissions chez les malades traités est encourageant. Il ne faut pas en effet trop abuser de cet éternel argument des formes « cycliques » ou « aiguës » qui guérissent toutes seules..., car beaucoup ne guérissent pas. Sans donc se laisser entraîner par l'optimisme peut-être excessif des auteurs, il y a lieu de considérer les résultats obtenus comme une promesse, sinon comme une réussite certaine.

Henri Ey.

Recherches sur le traitement des maladies mentales par l'insuline,
par G. BYCHOWSKI, M. KACZYNSKI, C. KONOPKA et K. SZCZYTT. *Encéphal.*,
vol. XXXII, tome 1, p. 233 à 274, 1937.

Dans une vingtaine de cas de démence précoce, tant aigus que chroniques, de formes différentes (états catatoniques, hétéropsychiques, schizophréniques, paranoïdes, etc...), les A. ont employé avec succès la méthode de Sakel avec les modifications que cet auteur y a récemment apportées : injection sous-cutanée de 20 unités, le plus souvent, d'insuline, le matin à jeun ; augmentation ultérieure de la dose jusqu'à apparition des signes d'hypoglycémie.

Les A. s'arrêtent souvent à ce stade, mais ils ont aussi recherché dans les traitements des états dépressifs, des chocs hypoglycémiques, voire le coma. Enfin ils ont utilisé dans un but thérapeutique les changements d'humeur observés au cours de la cure.

Après un an d'observation, non seulement ils n'ont pas noté de rechute, mais ils ont vu s'acheminer peu à peu vers la guérison des cas qui n'avaient été tout d'abord qu'améliorés.

Longue description clinique des phénomènes observés au cours de la cure. Importantes observations.

Pierre MASQUIN.

Les résultats du traitement par l'insuline dans les cas de schizophrénie récente, par J. BORYSOWICZ et St. WITEK (*Warszawskie Czasopismo Lekarskie*, T. XIV, n° 3 du 21 janvier 1937).

L'insulinothérapie appliquée par les auteurs dans 56 cas de schizophrénie récente, démontre que le pourcentage des effets thérapeutiques positifs dépend de la durée des troubles. Dans les cas où la maladie ne datait que

de trois mois, on a obtenu 53 0/0 de rémissions ou d'améliorations. Ensuite, la proportion a été en décroissance pour s'abaisser à 37,7 0/0 à un an. Après un an, les chances de la cure sont minimes. Pour résoudre définitivement le problème de l'efficacité de l'insulinothérapie, il faudrait avoir des données plus nombreuses et établir des parallèles entre les cas traités par cette méthode et ceux qui ne sont pas soumis à cette thérapeutique. Il serait désirable que les auteurs qui traitent de la question mentionnent la durée de la maladie et les détails du traitement. Les cas dans lesquels on a pu observer des rémissions spontanées doivent être exclus de la statistique.

FRIBOURG-BLANC.

Syndromes de torpeur consécutifs au traitement de la schizophrénie par le choc insulinique (Benommenheitszustände im Anschluss an die Insulinschockbehandlung der Schizophrenie), par H. SALM. *Muenchener medizinische Wochenschrift*, n° 27, 1937.

Des phénomènes d'obtusion psychique et de somnolence, prolongés pendant plusieurs jours, ont été observés chez plusieurs malades, après des chocs insuliniques de durée nullement excessive. Ces troubles ne sont pas dus à l'action directe de l'hypoglycémie ; en effet, celle-ci disparut rapidement après l'administration d'hydrates de carbone et d'adrénaline, elle atteignit même un taux supérieur à la normale, et cependant la torpeur persista. Trois malades se rétablirent après quelques jours ; mais une 4^e mourut 11 jours après le début des accidents. Elle avait présenté des troubles graves de la série extrapyramidale et des perturbations neurovégétatives (troubles de la thermorégulation, sudation paroxystique, etc.). L'examen histopathologique révéla des lésions hémorragiques dans la région du 3^e ventricule, au niveau des noyaux végétatifs et dans le *locus niger*. L'hypoglycémie insulinique peut donc produire des lésions centrales graves et irréversibles et entraîner des complications mortelles par leur intermédiaire.

E. BAUER.

Traitement de la sitiophobie par le choc insulinique (Trattamento con shock insulinico della sitofobia), par Lelio GRIMALDI et Antonino TOMASINO (Aseoli Piceno). *Neopsichiatria*, juillet-août 1936, p. 408 à 414.

Après les cas publiés en 1935, les auteurs reviennent sur l'action favorable de l'insuline dans le refus d'aliments. Ils rapportent onze nouvelles et probantes observations (dont 7 cas de démence précoce). Dans les cas de refus d'aliments d'apparition récente, 2 ou 3 jours d'insuline à 15 ou 20 unités ont suffi pour rétablir l'alimentation normale. Dans les cas anciens, il faut arriver au choc humide.

Henri Ey.

Contribution à la phénoménologie de l'état hypoglycémique au cours du traitement insulinique des psychoses (Zur Phänomenologie des hypoglykämischen Zustandsbildes der behandelten Psychosen), par Ch. PALISA et M. SAKEL. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 1-2, 1937.

La connaissance clinique de l'état hypoglycémique insulinique et de ses symptômes psychiques est aussi indispensable pour une bonne conduite

du traitement que celle de la technique elle-même. La substitution de la personnalité normale à la personnalité psychosique ne s'opère pas de la même manière, ne suit pas la même progression dans les deux variétés de choc. Dans le choc épileptique, elle est parfois brusque et d'emblée complète; l'amnésie rétrograde plus ou moins étendue qui accompagne cette forme de choc, semble de son côté favoriser le processus de guérison. Dans les chocs comateux, des différences sensibles semblent être conditionnées par la forme clinique de la psychose : paranoïde, catatonique agitée, stuporeuse; elles ont d'ailleurs inspiré des variations de la technique thérapeutique : les syndromes paranoïdes ne cèdent habituellement qu'à des chocs profonds et prolongés, tandis que dans les formes catatoniques il est préférable de couper le choc dès le début du coma. Un réveil trop brusque est préjudiciable à l'action thérapeutique; l'administration du sucre par la sonde doit donc être la règle.

Le phénomène de l'inversion de la réaction (Reaktionen umkehr) ou de la psychose réactivée est d'importance capitale. Il se produit à la fin du traitement, lorsque le malade est arrivé à conserver l'état normal pendant toute la durée intermédiaire. L'hypoglycémie fait alors réapparaître la psychose. Il est indispensable de conduire le traitement jusqu'à la production de ce phénomène. On peut en rapprocher celui de l'inversion de l'état affectif : l'aspect mélancolique change pendant l'hypoglycémie en aspect maniaque et inversement. Un groupe très intéressant de phénomènes est représenté par les *régressions*, manifestes notamment dans le comportement psychomoteur des malades en choc. Leurs mouvements, leurs attitudes reproduisent ceux observés chez le petit enfant. Ces phénomènes régressifs apparaissent également dans l'aspect des syndromes aphasiques qui peuvent accompagner le choc insulinique.

E. BAUER.

Le traitement hyperthermique par le « pyrifer » dans la thérapeutique de la schizophrénie et de la paralysie générale (Il trattamento ipertermico con « pyrifer » nella terapia delle schizophrénie e della demenza paralitica), par Italo GIUFFRÉ (Nocera inferiore). *Arch. Gén. di Neuro-Psich. e Psichopatologia*, septembre 1933, p. 223 à 244.

Ce traitement par injections intraveineuses de 50 à 500 unités de pyrifer (substance bactérienne préparée par Hugo Rosenberg, Basilea) a été institué chez les paralytiques généraux et les déments précoces qui avaient été traités par la malariathérapie ou la sulfothérapie sans résultats. L'auteur a obtenu deux bons résultats, trois améliorations légères et trois échecs.

Henri Ey.

Les résultats de la malariathérapie de la paralysie générale progressive et leur appréciation critique (Ergebnisse der Malariabehandlung bei progressiver Paralyse und deren kritische Betrachtung), par H. Suckow (de Leipzig). *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 1-2, 1937.

Ce n'est qu'après une observation prolongée qu'on peut dire si un processus méningo-encéphalitique a été arrêté ou non par la cure malariathé-

pique. Se baser sur le résultat d'un examen isolé du liquide céphalo-rachidien, c'est s'exposer à l'erreur. L'enquête de l'auteur qui date de 1934, a porté sur 1.388 cas de paralysie générale, dont 866 impaludés, 522 non impaludés ; les malades ont été traités entre 1921 et 1931. Même une étude très critique et très circonspecte des résultats oblige à reconnaître l'efficacité de la malariathérapie et sa supériorité réelle sur les autres méthodes de traitement. A l'objection, d'ordre social, que par suite des nombreuses stabilisations avec déficit l'impaludation fait augmenter le nombre des chroniques déments dans la population asilaire, on peut répondre que ces malades auraient guéri s'ils avaient été traités à temps. L'auteur discute aussi les récidives passagères quelquefois observées après la cure malariathérapique. Dans ces cas, il s'agit souvent, non d'une rechute du processus paralytique, mais d'une poussée de psychose endogène, maniaco-dépressive par exemple.

E. BAUER.

Les résultats éloignés de la malariathérapie dans la neuro-syphilis, par F. I. TARSIS et J. U. LANDESMANN. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, n° 3, 1936.

Les auteurs rapportent les résultats éloignés du traitement par la malariathérapie de diverses formes de neuro-syphilis. Ils ont pu enregistrer chez 53 malades suivis très longtemps, sur un total de 102 malades traités, les résultats suivants : 1° rémissions complètes pendant 6 à 10 ans chez 10 malades ; 2° rémissions incomplètes d'une durée de 2 ans 1/2 à 3 ans chez 7 malades ; 3° amélioration avec arrêt du développement du processus morbide pendant 6 à 8 ans dans 7 cas ; 4° traitement sans effet chez 13 malades, soit dans 25,2 0/0 des cas.

FRIBOURG-BLANC.

Epilepsie et cure bulgare (*Epilessia e cura bulgara*), par Guglielmo COLOGNESE (Marostica). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, II-III, 1936, p. 210 à 217.

Non seulement la crise bulgare par la décoction de belladone ne donne pas de bons résultats dans l'épilepsie, mais encore elle a augmenté la fréquence des crises et des troubles psychiques dans 50 % des cas traités (épreuve portant sur 20 cas).

Henri Ey.

Diurétiques mercuriels et épilepsie (*Diuretici mercuriali ed epilessia*), par C. PENO et A. RUBINO (Catane). *Neopsichiatria*, novembre-décembre 1936, p. 638 à 657.

Les auteurs ont soumis 10 épileptiques à l'action des diurétiques mercuriels (novasurool intraveineux et neptal intramusculaire). Il s'est manifesté à la suite de ce traitement une rétention hydrique avec apparition des crises convulsives de 6 à 9 heures après, dans 6 cas sur 8. Les épileptiques paraissent avoir une aptitude à la rétention hydrique et à l'hypochlorhémie.

Henri Ey.

L'opothérapie antisexuelle selon Ceni et son action sur les états d'érethisme des adultes psychopathes et criminels (L'opoterapia antisessuale secondo Ceni e la sua influenza sugli stati eretici di adulti psicopatici e criminali), par Giovanni DE NIGRIS (Volterra). *Neopsichiatria*, juillet-août 1936, p. 399 à 407.

Sur 50 cas traités par des extraits pluriglandulaires « per os », 20 malades encéphalitiques ont été plutôt aggravés, mais les 30 autres impulsifs, hyperémotifs « idiopathiques » ont été améliorés huit jours après le début du traitement.

Henri Ey.

Narcose prolongée dans le traitement des psychoses, par N. A. CHLVELEV. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

Sur 30 malades, l'auteur constate des résultats favorables obtenus grâce à l'emploi de la narcose prolongée. Les modifications constatées dans le chimisme du sang des malades autorisent à faire des suppositions relatives au mécanisme biologique du traitement par la narcose prolongée. Il y a lieu de distinguer deux moments différents : Le premier se traduit par le sommeil. Le second, dont le rôle semble plus important, agit par le processus de décomposition des albuminoïdes, mécanisme analogue aux effets de la protéinothérapie.

FRIBOURG-BLANC.

L'emploi de la narcose prolongée dans la pratique psychiatrique, par B. L. LANDKOP. *Sovietskaia Psichonevrologia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

En se basant sur l'observation faite sur 54 malades traités par la narcose prolongée, l'auteur attribue le mécanisme du traitement par la narcose à l'inhibition des moyens de défense du cortex. Les effets heureux de la méthode ont été enregistrés dans la période initiale de la schizophrénie avec état hallucinatoire paranoïde et agitation motrice. Dans d'autres formes de schizophrénie hébéphrénique et catatonique, la narcose supprime l'excitation motrice. Elle restitue le sommeil normal, mais ses effets thérapeutiques ne sont pas caractéristiques.

La narcose prolongée ne semble pas favoriser l'influence psychothérapeutique.

FRIBOURG-BLANC.

Conception moderne de la thérapeutique par le travail (Concepto moderno de la laborterapia), par Baltazar CARAVEDO. *Revista de Psiquiatria*, p. 65 à 70, Université du Chili, 1936.

Le travail des aliénés est un moyen très ancien de traitement et de réadaptation. Les progrès de la méthode sont plus apparents que réels parce qu'ils ont longtemps relevé de l'initiative privée et les recherches historiques fourniront sur ce sujet de nombreuses et intéressantes découvertes. Toutefois il faut reconnaître que l'époque contemporaine est plus riche que les précédentes en efforts coordonnés. L'auteur expose les réalisations et les idées de Simon de Gütersloech et insiste sur les soucis de logique, de persévérance, de variété, d'émulation, qui ont inspiré ses réalisations.

P. CARRETTE.

Traitement des enfants arriérés par la diélectrolyse transcérébrale à l'iode et au calcium, par M^{me} J. SKRZYPINSKA (*Rocznik Psychjatriczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937).

L'auteur rapporte les résultats obtenus par le traitement de diélectrolyse transcérébrale à l'iode et au calcium chez 46 enfants arriérés. D'après les essais de l'auteur, la méthode du Dr Bourguignon paraît plus efficace que toute autre tentative thérapeutique. Elle a apporté une amélioration psychique chez 32 enfants soumis au traitement.

FRIBOURG-BLANG.

Sur le traitement de l'ictus paralytique, par P. TOMESCO et S. CONSTANTINESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, janvier-mars 1937.

Deux facteurs conditionnent la production de l'ictus paralytique : le cerveau épileptogène, réalisé par l'encéphalite paralytique subaiguë et une épine irritative vasculaire à point de départ méningé. La thérapeutique découle de ces notions. Trop souvent, l'impaludation est la cause unique ou principale des ictus ; donc il faut respecter soigneusement les contre-indications de ce traitement d'une efficacité incontestable et ne pas impaluder une paralysie générale révélée par un ictus.

Pour la cure de l'ictus proprement dit, le luminal sodique, le peruocton en injections, le chloral en lavements s'adressent à l'excitabilité cérébrale, et contre l'hémorragie on aura recours aux hémostatiques usuels et à l'auto-hémothérapie. A noter l'excellent effet de l'injection intra-rachidienne d'air suivant la méthode employée par Laruelle pour le repérage ventriculaire.

Ultérieurement, le stovarsol doit être administré et pratiqué longuement.

M. LECONTE.

MÉDECINE LÉGALE

Considérations sur quelques faits de délinquance juvénile, par M. G. HEUYER (*in Bulletin du Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile*, n° 1, janvier 1938).

Insistant sur le fait que la question de la délinquance juvénile est une question sociale plus que morale, sur l'absence d'apprentissage chez un grand nombre de délinquants de 15 ou 17 ans, et sur la fréquence parmi eux de la prostitution masculine, M. G. Heuyer met en évidence la nécessité d'instituer au plus tôt l'apprentissage obligatoire à la sortie de l'école primaire.

R. C.

Neuro-psychiatrie médico-légale et sociale du vagabondage des garçons, par J. ROBINOVITCH et M^{lle} BUGNION. *Le Bulletin médical*, n° 35, p. 582 à 590, 29 août 1936.

L'expérience des auteurs les conduit aux deux conclusions suivantes : le garçon-vagabond n'est pas un délinquant, c'est un débile intellectuel ou physique qui doit être soumis au placement éducatif ; le vagabond simple est éduable et profitera des essais d'orientation professionnelle, tandis que le pervers sera maintenu longtemps dans un asile spécial.

P. CARRETTE.

De quelques aspects malades de la délinquance juvénile. — Causerie faite à la Société d'Études Juridiques de Québec, le 18 mars 1936, par le Dr J. C. MILLER, médecin de l'École La Jemmerais.

Entre le sujet normal et le psychopathe avéré, existe toute une gamme de sujets qu'il y aurait intérêt à traiter médicalement plutôt qu'à punir. La moyenne d'âge de la criminalité a baissé dans la plupart des pays (effets de l'après-guerre, de la crise et du chômage), 65 à 70 0/0 de ces sujets sont des anormaux, et surtout des déséquilibrés intelligents. Il faut rééduquer le délinquant ou mieux prévenir la délinquance à l'aide du service social psychiatrique (surveillance des sujets, éducation de la famille, dépistage scolaire, placement dans des écoles type La Jemmerais). Il faudrait : un tribunal pour enfants, des magistrats compétents, une législation large, une enquête sociale, un examen complet de l'enfant. S. LECONTE.

La loi belge du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance. Son application, ses résultats, ses lacunes ? par MAUS. *Revue de Droit pénal et de Criminologie*, 17^{me} année, n° 11, novembre 1937.

Après 25 années, la loi Henry Carton de Wiart place la Belgique à la tête des nations dans le domaine de la protection de l'enfance. La partie la plus caractéristique de la loi est le chapitre II qui, pour la première fois sur le continent européen, institua les tribunaux pour mineurs. L'idée fondamentale de cette institution est que les mesures à prendre à l'égard des jeunes délinquants doivent être adaptées à la nature des enfants. Il faut abandonner le point de vue répressif pour le point de vue éducatif, remplacer la peine par le traitement. Par une enquête détaillée le juge doit s'efforcer de connaître la personnalité du mineur et les causes qui expliquent son comportement irrégulier. Enfin la loi met à la disposition du juge toute une gamme de mesures, qu'il peut modifier suivant les circonstances ; c'est le système de la « sentence indéterminée ». Pour réaliser ce programme, l'organisation de la juridiction pour enfants et la procédure ont dû être modifiées ; juge unique, juge spécialisé et permanent, procédure réduite au minimum, des personnes privées dites : délégués à la protection de l'enfance sont les auxiliaires du juge pour les enquêtes et la liberté surveillée.

Quels sont les résultats de la loi ? Tandis que 16.597 mineurs étaient signalés aux parquets en 1920, il n'y en avait plus que 8.556 en 1932. Ce nombre est remonté progressivement à 13.749 en 1936. La diminution progressive de la délinquance infantile jusqu'à 1932 montre clairement l'influence bienfaisante de la loi. Depuis lors des circonstances d'ordre économique et financier (absence ou écourttement des internements par mesure d'économie), ont contrarié son action. Parmi les mineurs qui ont comparu devant les tribunaux pour enfants, plus de 81 pour cent n'ont commis aucun délit pendant les cinq années qui ont suivi leur majorité et pendant lesquelles ils avaient joui de leur pleine liberté.

Malgré quelques lacunes, l'auteur estime que les principes introduits dans la législation par la loi sur la protection de l'enfance peuvent recevoir une application analogue en ce qui concerne les délinquants adultes : faire sortir la répression d'un domaine purement juridique, juger le délinquant et non le délit, enquêter sur l'état physique et mental du prévenu, sur sa personnalité et son milieu, tenir compte des déficiences du sujet pour y adapter le traitement. Bref, tout notre droit pénal et surtout son application devraient devenir plus sociaux.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 avril 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 mai 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mai 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r BÉCUE, Médecin-Chef honoraire des Hôpitaux psychiatriques.

Distinctions Honorifiques

Médaille d'Honneur de l'Assistance publique (médaille d'or) :

M. ORELLI, Directeur administratif du Centre d'hygiène mentale de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. GIRARDET, Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Yllie (Jura).

M. FÉLIX, Chef du personnel au Ministère de la Santé publique.

M. SIROUX, Sous-Chef de Bureau au Ministère de la Santé publique.

Médaille d'honneur des actes de courage et de dévouement (médaille de bronze) :

M. le D^r DUCHÉNE, Médecin-Chef à l'Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais.

Nominations

M. le D^r MENUAU est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Moisselles (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r DEVALLET est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Bailleul (Nord) ;

M. le D^r DOUSSINET est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Fains (Meuse) ;

M. le D^r MOUCHETTE est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique autonome de Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r CARON est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Fleury-Jes-Aubrais (Loiret) ;

M. le D^r DELMOND est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Hoerdts (Bas-Rhin) ;

M. BARGEON est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique autonome de Bassens (Savoie) ;

M. COUDURIER est nommé Directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique départemental du Vainatier (Rhône).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

un poste de Médecin-Chef de service à l'Hôpital psychiatrique de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

un poste de Médecin-Chef de service à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

un poste de Médecin-Chef de service à l'Hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne) ;

le poste de Médecin-Directeur à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile agricole de Chezal-Benoît (Cher) ;

Concours pour quinze postes de Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté du Ministre de la Santé publique, en date du 22 février 1938, un concours pour 15 emplois au minimum de médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris, au Ministère de la Santé publique, le lundi 25 avril 1938.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser à la direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché (1^{er} Bureau), une demande sur papier timbré, accompagnée d'un extrait de leur acte de naissance ayant moins de trois mois de date, d'un extrait de casier judiciaire ayant moins de trois mois de date, de pièces justifiant de leur nationalité française et de l'accomplissement de leurs obligations

militaires, de leur diplôme de docteur en médecine, de leurs états de services administratifs antérieurs, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que de certificats établissant leur stage.

Les candidatures seront reçues au ministère de la Santé publique jusqu'au 23 mars 1938 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Tous renseignements seront fournis par la direction du personnel, de la comptabilité et des habitations à bon marché (1^{er} Bureau).

Concours pour deux postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur titres pour la nomination à deux emplois de médecin-chef de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine, s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le *lundi 23 mai 1938*, dans les conditions fixées par les décrets des 22 janvier et 17 mars 1937 et par l'arrêté préfectoral du 22 mars 1938.

Les candidats devront, pour être inscrits au concours, produire les pièces suivantes :

- 1^o Demande sur papier timbré ;
- 2^o Expédition de l'acte de naissance ;
- 3^o Diplômes et certificats justifiant de la qualité requise ainsi que les situations occupées antérieurement avec mention, le cas échéant, de l'affiliation à une Caisse de Retraite.

(Les certificats d'exercice doivent être délivrés par le Préfet du département où le candidat exerce ou a exercé ses fonctions).

Les demandes seront adressées par lettre recommandée à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'Assistance, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau). Elles seront reçues jusqu'au *17 mai 1938*. Toute demande parvenue après cette date ne pourra être recueillie.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre de la Santé publique en seront avisés par lettre recommandée.

Ils devront déposer au plus tard le *20 mai* à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'Assistance, 2, rue Lobau, escalier A, 2^e étage, porte 227), sous pli cacheté et revêtu de leur signature, pour être soumis au Jury, tous documents et notes qu'ils jugeront utiles.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 22 janvier 1937, inséré au *Journal Officiel* du 6 février 1937, modifié par le décret du 17 mars 1937, inséré au *Journal Officiel* du 26 mars 1937.

Cinquantenaire de la fondation de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des Hôpitaux psychiatriques de la Seine célébrera, le *samedi 21 mai 1938*, le cinquantième anniversaire de sa fondation. Elle organise, à cette occasion,

avec le concours de l'Association amicale des Médecins des Hôpitaux psychiatriques, une fête qui commencera vers 21 heures 30, et comprendra : un spectacle, un bal et un souper. La réunion aura lieu à Paris, dans la salle des fêtes de la Mairie du Panthéon. La présence à Paris de psychiatres venus pour prendre part aux assemblées du 22 et du 23 mai, assurera à cette réunion amicale une assistance nombreuse. On sait, en effet, que l'Amicale des Médecins des Hôpitaux psychiatriques commémorera, le dimanche 22 mai, le Centenaire de la Loi du 30 juin 1838 et que la Société Médico-psychologique, à cette occasion, consacrera également sa séance solennelle du lundi 23 mai à entendre des communications sur la législation relative aux aliénés. Le dîner annuel de la Société Médico-psychologique aura lieu le soir même du lundi 23 mai. Cette soirée sera donc une préface agréable aux études sérieuses qui occuperont les deux journées suivantes.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XVII^e Réunion Neurologique Internationale annuelle

La XVII^e Réunion Neurologique Internationale annuelle se tiendra à Paris les mardi 31 mai et mercredi 1^{er} juin 1938 à l'Hospice de la Salpêtrière.

Question mise à l'étude : *La pupille en neurologie*. Rapporteurs : MM. J. BOLLACK, Ed. HARTMANN, A. MONBRUN, Ed. VELTER et Aug. TOURNAY.

Pendant la Réunion neurologique seront également exposés les travaux du Fonds Déjerine, du Fonds Babinski et l'exposé du travail ayant obtenu le Prix Charcot.

La Société de Neurologie de Paris tiendra sa séance mensuelle le jeudi 2 juin 1938 au Siège de l'Académie de Chirurgie (12, rue de Seine, Paris, VI^e arrondissement). Cette séance sera consacrée à des communications diverses.

Secrétaire général : Professeur O. CROUZON, 70 bis, Avenue d'Iéna, Paris (XVI^e arrondissement).

XI^e Congrès des Sociétés d'Oto-neuro-ophtalmologie de langue française

Le XI^e Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie de langue française se tiendra à Bordeaux les 3, 4, et 5 juin 1938, sous la présidence du Professeur PORTMANN.

Question mise à l'ordre du jour du Congrès : *Les hallucinations en oto-neuro-ophtalmologie*.

Groupe français d'études de neuro-psychopathologie infantile

Le groupe français d'études de neuro-psychopathologie infantile a tenu sa première séance le lundi 17 janvier 1938, sous la présidence de M. le D^r Th. SIMON.

Fondé sur l'initiative de M. le D^r HEUYER, à la suite du premier Congrès international de psychiatrie infantile tenu à Paris au mois de juillet 1937,

ce groupement à réuni tout d'abord des membres des Comités d'honneur, de Propagande et d'Organisation du Congrès. Il sera ultérieurement complété par voie d'élection et pourra comprendre 120 membres titulaires médecins, 60 membres titulaires non médecins et des membres correspondants étrangers dont le nombre n'est pas limité.

La cotisation annuelle a été fixée à 120 francs et un *Bulletin*, dont le premier numéro vient de paraître, publie les travaux présentés aux séances.

Les lettres de candidature doivent être adressées au D^r Léon MICHAUX, secrétaire général, 5, rue Saint-Philippe-du-Roule, Paris (VIII^e arrondissement). Les élections auront lieu chaque année à l'Assemblée générale, au scrutin secret, à la majorité des trois quarts des suffrages exprimés, après rapport d'une Commission de trois membres désignée lors de la séance précédente.

Société Suisse de Psychiatrie

La réunion de printemps de la Société Suisse de Psychiatrie aura lieu à l'Etablissement Neurothérapique Hohenegg, Meilen, et à Zurich, les 14 et 15 mai 1938, sous la présidence de M. le Professeur J.-E. STAEBELIN, de Bâle.

Question mise à l'ordre du jour : *Le nouveau Code Pénal Suisse*. Rapporteurs : M. le Professeur E. HAFER, de Kilchberg-Zürich, et M. le Privat-docent O.-L. FOREL, de Prangins.

Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association

La 94^e Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association se tiendra à San Francisco (Calif.) les 6, 7, 8, 9, 10 juin 1938 sous la présidence du D^r ROSS McC. CHAPMAN, de Towson (Md.).

NÉCROLOGIE

Georges Petit (1883-1938). Son œuvre

Il est bien difficile de résumer en quelques lignes l'œuvre d'un élève, d'un collaborateur et d'un très cher ami dont on a suivi pas à pas la carrière scientifique et qui disparaît si prématurément.

Les travaux de Georges Petit sont considérables. Dès le début de ses recherches, il s'est attaché à l'étude des affections mentales présentant une base organique, de l'épilepsie, de la paralysie générale, de la démence sénile, de l'alcôolisme. Sa thèse : « Essai sur une variété de pseudo-hallucinations : les autoreprésentations aperceptives » est une étude approfondie des symptômes disparates décrits sous la dénomination d'hallucinations psychiques. Il propose, pour désigner le trouble mental, le terme d'autoreprésentations aperceptives, puisque les phénomènes sont automatiques, surgissant spontanément dans la conscience du sujet comme des créations exogènes sans intervention d'éléments sensoriels, moteurs ou cénesthésiques.

L'épidémie d'encéphalite, dont il eut à soigner de nombreux cas, lui donne l'occasion d'en étudier les manifestations mentales et psycho-organiques, entre autres le délire aigu encéphalitique à symptômes mésentéphaliques, les formes mentales prolongées, oscillantes et rémittentes, les formes intermittentes ou à éclipses, la conscience de l'état morbide dans ces derniers états. Georges Petit a enrichi la pathologie mentale d'un chapitre inédit. Ses recherches sont condensées dans le rapport qu'il fit en collaboration avec Truelle, au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Quimper, en 1922.

Ainsi préparé à dépister au cours des affections mentales des symptômes voisins de ceux de l'encéphalite, il montre le rôle prépondérant des infections par virus dits neurotropes dans le déterminisme des psychoses et des psychopathies. Il étudie les crises oculogyres, la cataplexie, la narcolepsie, les myoclonies, les syndromes infundibulo-tubériens, les polyradiculo-névrites associés aux syndromes mentaux.

Toujours à la recherche du symptôme organique qui conditionne les troubles psychiques, Georges Petit conclut que certaines paralysies, certains syndromes hébéphréno-catatoniques, certaines psychoses polymorphes peuvent être considérés comme des syndromes neuro-anémiques et il les améliore par la méthode de Whipple.

Ses travaux les plus récents ont trait au syndrome d'Adie associé à une anémie pernicieuse, à des troubles confusionnels, à des symptômes sympathiques : pour lui, cet ensemble de troubles semble plaider en faveur d'une atteinte des centres diencéphaliques par une infection neurotrophe.

L'esprit toujours orienté vers le rôle des toxi-infections comme causes pathogènes des maladies mentales, il appliquait, et souvent avec succès, les thérapeutiques de choc, de désintoxication, l'électropyrexie, soutenant qu'une thérapeutique polymorphe et prolongée donnait parfois des résultats inespérés dans des cas considérés comme incurables.

Pour terminer cette trop courte notice dont le nombre de lignes m'est imposé, je ne peux mieux résumer les tendances qui caractérisent l'ensemble des travaux de mon cher élève et ami qu'en citant ce passage d'une véritable profession de foi qu'il fit en 1932 au Congrès de Limoges : « En psychiatrie, le fait psychologique possède une valeur secondaire et doit céder le pas — pour la classification nosographique, la séméiologie, le diagnostic et le pronostic, et surtout la thérapeutique — au fait organique qui le conditionne et qui constitue son véritable substratum. »

L. MARCHAND.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUSSLANT (personnel intéressé). — 56.169.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

ETUDE SYSTÉMATIQUE DE LA CIRCULATION RÉTINIENNE CHEZ UN GROUPE DE DÉMENTS SÉNILES OU PRÉ-SÉNILES

PAR

BARGUES, CORCELLE et BERTHON

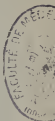
I. — INTRODUCTION

Baillart écrivait en 1923 : « Je ne crois pas que l'examen ophtalmoscopique ait été systématiquement fait dans un service important de malades présentant des troubles d'origine vasculaire cérébrale. »

Cette étude pose la question des rapports des circulations cérébrale et rétinienne. Elle fut envisagée de diverses façons, par l'expérimentation, et par les moyens de la clinique.

a) Parmi les études expérimentales de ces deux circulations, nous citerons simplement celles de Lambert, puis de Riser, Couadeau et Mériel.

Par des procédés d'observation très rigoureux, ils ont comparé l'action sur la rétine et les artères piales cortico-méningées de



divers agents, tels que : adrénaline, oxygène, nitrite d'amyle, nitroglycérine, ou les résections et excitations du ganglion cervical supérieur. Plusieurs techniques ont été essayées, après alcalose (Rey) ou yohimbisation (Tinel et Ungar).

Les résultats de ces expériences permettent de conclure que ces artères ont une spécificité qui les distingue des artères périphériques, mais nous retiendrons surtout l'identité de leurs réactions expérimentales.

Que la vaso-motricité de ces vaisseaux soit réglée par un système propre, ou sino-carotidien et hormonal (Riser), il nous importe seulement que ces actions soient homologues.

En résumé, l'expérimentation ne peut que rapprocher les deux circulations.

b) La clinique offre des résultats plus discordants. La similitude des deux systèmes circulatoires a ses chauds partisans, sous certaines conditions dictées par la prudence et le désir d'une interprétation impartiale.

Rohmer, Rahlmann, Hutchnig, Hertels furent les premiers à publier des observations cliniques de malades atteints de troubles vasculaires concomitants cérébraux et rétiniens.

L'importante contribution de Baillart mérite une mention toute spéciale (1). A propos des capillarites de la rétine, il signale les petits troubles cérébraux que l'on peut retrouver, par un interrogatoire systématique, chez les malades dont le fond d'œil offre l'image clinique des foyers lacunaires rétiniens.

L'anatomie pathologique de ces foyers fut faite par Morax. Elle permet le rapprochement, admis également par Mawas, avec les foyers de désintégration du cortex décrits par P. Marie, appelés encore états réticulés et alvéolaires de l'écorce, par Lhermitte et Kleefeld.

Les observations cliniques de malades atteints de troubles vasculaires cérébraux et rétiniens sont nombreuses. Ballantyne et Michaelson ont très récemment publié un cas de périvascularité rétinienne associée à des signes d'atteinte cérébrale et rappellent, à ce propos, qu'ils en ont trouvé 68 déjà décrits dans la littérature médicale. Sedan note la possibilité d'angiospasmés simultanés corticaux et rétiniens. Il serait ainsi fastidieux d'énumérer les observations de ce genre ; elles sont nombreuses. Ces constatations n'ont pas la valeur d'une preuve formelle, car elles ont reçu leur contre-partie par la publication d'observations qui

(1) BAILLART. — *Annales d'oculistique*, t. CXXI, 2^e livraison, février 1934, page 96. Capillarités et lésions lacunaires de la rétine.

mettent en évidence l'intégrité de l'une ou de l'autre des deux circulations, plus souvent la rétinienne, malgré des troubles cérébraux vasculaires manifestes.

Alajouanine et Thurel, dans leur rapport sur la pathologie de la circulation cérébrale, ont établi la comparaison de ces deux systèmes. Ils en concluent que l'état des vaisseaux de la rétine n'est pas un reflet fidèle de celui des vaisseaux cérébraux, car les deux circulations sont indépendantes quant à leur pathologie tout au moins.

Aussi était-il intéressant, autant pour les ophtalmologistes que pour les neurologistes, de rechercher l'état de la rétine et de ses vaisseaux dans des affections mentales, dont certaines sont dues à des lésions vasculaires cérébrales.

Afin d'avoir quelque valeur, cette étude ne pouvait être faite qu'en toute impartialité, par les examens systématiques du fond d'œil, chez des malades présentés indifféremment, sans aucun renseignement clinique. Ce n'est qu'après ces examens que leur regroupement pût être fait. Pour les besoins de l'exposition, les observations suivantes sont exposées dans un ordre que la comparaison des résultats nous a permis d'établir.

Notre attention fut attirée plus spécialement par un groupe de psychopathes âgés.

Dans le vaste groupe des démences en rapport avec l'involution sénile, la clinique et l'anatomie pathologique sont aujourd'hui d'accord pour différencier deux grandes catégories :

- 1° les processus de sénilisation primitivement cérébraux ;
- 2° les processus de sénilisation secondaires à des altérations vasculaires, elles-mêmes souvent liées à une foule d'affections extra-cérébrales.

Les processus de sénilisation primitivement cérébraux ont pour type la démence sénile banale à laquelle Marchand consacrait récemment un important mémoire original (1). Ils se caractérisent par une abiotrophie des éléments nerveux, diffuse ou élective, comme dans la maladie d'Alzheimer et la maladie de Pick, et s'apparentent à ce groupe d'affections cérébrales dégénératives chroniques d'emblée, que l'on désigne sous le nom d'encéphaloses.

Dans d'autres cas, dont la démence artérioscléreuse est l'exemple, les altérations du tissu nerveux sont consécutives à la méio-

(1) MARCHAND. — La démence sénile sans athérome cérébral. Ses rapports avec la maladie de Alzheimer et la maladie de Pick. Considérations sur les encéphaloses. *Ann. Méd.-Psych.*, t. I, n° 5, mai 1937, p. 689.

pragie circulatoire, dont on sait l'étiologie extrêmement variée. La sclérose artérielle est ici primordiale et diffuse.

Cette classification toute schématique ne doit pas faire oublier les cas-limites où s'intriquent les deux processus et qui se manifestent par des formes dont la nosologie est imprécise ou discutée.

II. — OBSERVATIONS

OBSERVATION 1. — Mme Re... Marie, 62 ans, n° 4489.

Démence pré-sénile parenchymateuse à évolution rapide depuis 6 ans environ. Pas de signe clinique d'atteinte des différents organes ni du système nerveux. Tension artérielle (Paehon) Mx. 15, Mn. 9.

Fond d'œil : les artères et les veines papillaires ont une forme et un calibre normal. Pas de lésion de la rétine.

OBSERVATION 2. — Mme C..., n° 1076.

N'a pu être examinée par suite de son indocilité. Décedée quelques jours après d'une hémorragie méningée très importante. Examen anatomique en cours.

OBSERVATION 3. — Mme Do... Appollonie, 65 ans, n° 3468.

Manie périodique sur un fond de débilité constitutionnelle. Démence vésanique globale en cours depuis quelques années. Tension artérielle humérale Mx. 14, Mn. 9 (Vaquez).

Fond d'œil : la papille optique et ses vaisseaux (artères et veines) ont un aspect normal. La rétine n'offre aucune lésion.

OBSERVATION 4. — Mme Co... Marie, 73 ans, n° 4238.

Psychose hallucinatoire chronique en évolution depuis de nombreuses années. Signes démentiels importants. Tension artérielle humérale Mx. 15, Mn. 8 (Vaquez).

Fond d'œil : l'examen de l'œil droit est rendu difficile par des opacités cristalliniennes. À gauche, on remarque la gracilité des artères. Les veines sont moniliformes. Le croisement des artères sur les veines est peu marqué. La périphérie rétinienne est normale.

OBSERVATION 5. — M. Ri... Guillaume, 74 ans, n° 4725.

Affaiblissement intellectuel progressif. Idées délirantes de jalousie et de préjudice ayant motivé des réactions violentes. Démence parenchymateuse. Bon état physique. Tension artérielle humérale Mx. 22, Mn. 11,5 (Paehon).

Fond d'œil : des deux côtés on note des artères très grêles, des veines de calibre normal. Le fond d'œil est très pigmenté, et cependant ne présente que des signes vasculaires banaux, en rapport avec son âge.

OBSERVATION 6. — Mme Gc... Henriette, 68 ans, n° 4471.

Démence sénile parenchymateuse: affaiblissement intellectuel simple et en évolution progressive depuis plusieurs années. Tension artérielle humérale Mx. 18 1/2, Mn. 8 (Vaquez).

Fond d'œil: les artères sont de calibre normal. Leurs parois sont nettes. Elles écrasent la veine à leur croisement et lui donnent l'aspect en « tête de serpent ». Ces lésions sont légères, surtout nettes à droite. Nous les considérons comme un premier stade d'organicité d'une hypertension artérielle. La rétine périphérique n'est pas pathologique.

OBSERVATION 7. — Mme Ma... Suzann, 70 ans, n° 4496.

Démence sénile simple parenchymateuse très accentuée avec déchéance intellectuelle globale et profonde. Etat physique en rapport avec son âge. Tension artérielle humérale Mx. 13, Mn. 6 1/2 (Vaquez).

Fond d'œil les artères sont très grêles et sinueuses. Les veines ont un calibre un peu exagéré vers la papille optique. Pas de lésion périphérique. Cet aspect de fond d'œil ne nous paraît caractéristique que de l'âge de la malade.

OBSERVATION 8. — Mme Bo... Marie, 67 ans, n° 4113.

Psychose hallucinatoire chronique en évolution depuis l'âge de 59 ans. Importante démence vésanique globale.

Fond d'œil: les artères et les veines sont petites*mais de ealibre et de forme normale et leur croisement est peu marqué. Conclusions: aspect banal, malgré une forte hypertension humérale (22-13 Vaquez).

OBSERVATION 9. — M. Po... Joseph, 79 ans, n° 4775.

Démence sénile simple, de symptomatologie banale et encore peu accentuée. Interné à la suite d'un incendie volontaire.

Fond d'œil: les artères sont bien marquées. Elles effaeent les veines, les surcroisent. A l'œil droit, on note un point de laennarité près de l'artère temporale supérieure. La minima des artères rétinienne est de 35. La tension humérale, vérifiée quelques jours après, était de 18-12 (Pachon). Nous pouvons conclure que ce malade a des signes de sclérose rétinienne et vasculaire. Ils ne paraissent pas excéder le degré des lésions que l'on peut rencontrer à son âge.

OBSERVATION 10. — Mme M... Anne, 64 ans, n° 3702.

Démence vésanique: accès maniaque à 52 ans. Agitation hypomaniaque continue. Affaiblissement intelleetuel global en cours depuis six ans. Tension artérielle humérale Mx. 17, Mn. 12 (Vaquez).

Fond d'œil: les artères sont très marquées. Elles écrasent les veines qui sont foncées et moniliformes. Pas de lésions de la rétine périphérique. Nous constatons chez cette malade les premiers signes d'une phase d'organicité de son hypertension artériclle.

OBSERVATION 11. — Minc Fo... Marie, 76 ans, n° 2771.

Entrée en 1923 pour une psychose hallucinatoire chronique présente un syndrome démentiel global et quelques idées délirantes résiduelles. En résumé démence vésanique. Tension artérielle humérale Mx. 20, Mn. 10 (Vaquez).

Fond d'œil : les artères ont des parois nettes très marquées. Elles écrasent les veines, qui sont dilatées en amont et en aval du croisement. De plus, elles sont sinueuses. La rétine périphérique n'offre rien de particulier. Cet aspect du fond de l'œil correspond à des lésions organiques d'hypertension artérielle.

OBSERVATION 12. — Mme Fo... Marie, 81 ans, n° 4615.

Démence sénile parenchymateuse banale. Quelques idées délirantes de préjudice. Aucun fait notable par l'examen organique. Tension humérale 18-10 (Vaquez).

Fond d'œil : les artères sont un peu sinueuses et grêles. Pas de lésions de la périphérie rétinienne. En résumé, sclérose banale en rapport avec l'âge de la malade.

OBSERVATION 13. — M. La... Jean, 75 ans, n° 4841.

Démence sénile parenchymateuse très accentuée mais de symptomatologie banale. Décédé depuis l'examen oculaire. L'autopsie confirme l'existence d'une importante atrophie corticale. Tension artérielle humérale Mx. 16, Mn. 10 (Pachon).

Fond d'œil : l'examen de l'œil droit est rendu impossible par l'existence d'une phakosclérose assez avancée. A gauche, la pupille optique est décolorée. Légère excavation en pente. Les veines sont un peu dilatées, les artères ont un aspect normal. Leur croisement est marqué, la tension oculaire normale. L'acuité visuelle n'a pu être mesurée. Les lésions papillaires sont vraisemblablement d'origine vasculaire mais sénile.

OBSERVATION 14. — Mme Bo... Françoise, 69 ans, n° 3534.

Mélancolie pré-sénile à 54 ans. Démence consécutive. Syndrome parkinsonien sénile en aggravation progressive signant l'étiologie artériopathique. Tension artérielle humérale Mx. 15, Mn. 10 (Pachon).

Fond d'œil : les artères sont fines, petites et sinueuses, les veines dilatées. Le croisement de l'artère sur la veine est très net. La papille a des contours normaux. A l'œil droit elle est très décolorée. La rétine est le siège de grosses lésions, plus abondantes à l'œil droit qu'à l'œil gauche. Elles consistent en taches blanches arrondies de petit diamètre et non en saillie. Les vaisseaux passent sur leur surface. Elles sont groupées autour des vaisseaux en particulier à la partie périphérique et terminale des temporales supérieure et inférieure. Autour de la macula, ces taches sont plus irrégulières et plus larges, groupées en amas. Elles constituent une rétinite circonscrite typique. L'acuité n'a pu être évaluée mais elle semble très faible à l'œil droit. En résumé,

cette malade présente une rétinite circonscrite, plus avancée à droite. Les vaisseaux sont scléreux. Le terme de « artériosclérose avec capillarites » résume les lésions des deux yeux.

OBSERVATION 15. — M. Ba., Louis, 78 ans, n° 4793.

Démence sénile parenchymateuse dont l'évolution lentement progressive fut interrompue par un accès d'agitation de type maniaque. A présenté des épisodes d'hyposystolie rapidement curable. Polysclérose périphérique.

Fond d'œil : l'examen de l'œil droit n'offre rien de particulier. Les parois des artères sont très marquées mais n'ont pas un aspect pathologique. A gauche, les artères sont plus scléreuses, écrasent la veine qui est foncée et sinuée. Dans la région maculaire, de très nombreux points de lacunarité criblent la rétine. Ils ne semblent pas plus particulièrement groupés autour des vaisseaux. La tension est de 20-9 (Pachon). En résumé, ce malade présente des lésions vasculaires très nettes, sous forme de sclérose de l'artère, étendue jusqu'aux capillaires ; mais il faut retenir son hypertension et la sénilité.

OBSERVATION 16. — Mme Ca., Jeanne, 68 ans, n° 4158.

Accès confusionnel à l'âge de 62 ans, à l'occasion de troubles circulatoires cérébraux. Démence importante consécutive. Signes d'artériosclérose diffuse, atteinte neurologique notable, démence artériopathique.

Fond d'œil : à droite, les artères sont fines et tortueuses. Elles ont un aspect nettement scléreux. Leur croisement avec la veine est très marqué. Cette dernière est complètement effacée et se dilate en amont et en aval. Elle est très foncée et sinuée jusqu'à la périphérie. On remarque un pouls veineux spontané. Dans l'entrecroisement des artères et veines temporales supérieures, il y a 4 à 6 points de capillarite. A gauche : artères et veines ont le même aspect. Il n'y a pas de capillarite mais une tache de choroïdite pré-papillaire. La tension des artères rétiniennes est de minima 60, maxima 200. Au Vaquez, la pression humérale était de 18-7,5, quelques jours après cet examen ophtalmologique. En résumé, nous constatons des signes de rétinite hypertensive à la première phase d'organicité et des lacunarites, ou sclérose capillaire.

OBSERVATION 17. — Mme Ar., Marie, 90 ans, n° 4766.

Démence sénile. Syndrome mélancolique avec gémissements, lamentations bruyantes et monotones. Signes physiques d'artério-sclérose diffuse. Tension humérale Mx. 19, Mn. 8 (Pachon).

Fond d'œil : les deux yeux présentent des lésions analogues. La papille optique est entourée par une large plaque de choroïdite atrophique, blanc-sale, à contours à peu près arrondis. Les vaisseaux ont un aspect scléreux. Leur croisement n'est pas très marqué. Des taches pigmentaires noir foncé, très fines et nombreuses, bordent cette cho-

roïdite. Elles donnent l'impression de petites hémorragies très anciennes. La choroïde a, elle-même, un aspect pelé et irrégulier. Quelques taches de lacunarite. La réfraction est hypermétropique, la tension oculaire normale. Il est assez difficile d'interpréter les lésions de choroïdite pré-papillaire. Les anciennes hémorragies et les taches de capillarite indiquent une sclérose vasculaire assez étendue que l'âge de la malade explique très aisément (90 ans).

OBSERVATION 18. — Mme Pi... Marie, 67 ans, n° 4839.

Démence globale d'origine artériopathique très accentuée, à évolution rapide. Signes d'artério-sclérose périphérique diffuse. Tension artérielle Mx. 18, Mn. 9 (Vaquez). L'autopsie a confirmé l'existence de grosses lésions athéromateuses des vaisseaux cérébraux. L'examen histologique est en cours.

Fond d'œil : les deux yeux offrent les mêmes lésions. La papille a des contours normaux. Elle est un peu décolorée. L'artère centrale l'inférieure à droite, la supérieure à gauche) est interrompue sur une courte distance par cet aspect dit « en fil blanc ». En effet les deux parois sont bien tracées et rigides, mais elles ont une couleur blanche, puis après ce tronçon scléreux, la couleur rosée de l'artère reparait mais son calibre est très réduit. Elle serpente, filiforme, et se perd à la périphérie. Les veines sont très nettement surcroisées par les artères qui les écrasent complètement au point qu'elles paraissent interrompues. A la périphérie de la rétine, nombreux point de capillarite. Conclusions : artérite rétinienne artério-scléreuse.

OBSERVATION 19. — M. Po... Pierre, 79 ans, n° 4746.

Démence sénile banale en évolution progressive. Quelques réactions coléreuses n'ayant pas permis le maintien en milieu hospitalier ordinaire. Signes de polysclérose. Tension humérale (Vaquez), Mx. 13, Mn. 8.

Fond d'œil : à l'œil gauche, le malade a un ptérygion qui a envahi presque toute la cornée. A l'œil droit : la papille est très décolorée, presque blanche. Les bords sont irréguliers et un croissant de choroïdite pré-papillaire lui forme une bavure sur son bord temporal. Les vaisseaux sont grêles et scléreux. Nombreux points de capillarite, groupés en bouquet autour d'une branche de la temporale supérieure. Conclusions : les signes de sclérose vasculaire existent et l'atrophie de la papille peut leur être imputée.

OBSERVATION 20. — M. Sa... Jean, 52 ans, n° 4826.

Démence artériopathique en évolution chez un hypertendu artériel (Mx. 26, Mn. 13 à l'humérale avec l'appareil de Pachon). Ictus répétés suivis de périodes confusionnelles. Syndrome d'irritation pyramidale à prédominance droite.

Fond d'œil : à l'œil droit, on note la forme de la papille optique, dont le bord supérieur est légèrement effacé. Les vaisseaux sont très

scéreux avec un pouls veineux spontané. L'artère qui surcroise la veine, l'efface complètement. Taches de capillarite peu nombreuse et disséminées dans la région maculaire. A l'œil gauche, il existe une atrophie optique complète. La pupille est blanche et excavée en pente douce. Les bords sont un peu irréguliers. Les vaisseaux qui s'en échappent sont scléreux et grêles. La tension des artères rétiniennes (œil droit) est de : minima 80, maxima 200. La tension oculaire est normale. L'hypertension humérale a été vérifiée extemporanément (Pachon) 26-13. En résumé : il existe des signes de rétinite hypertensive, de sclérose vasculaire et une atrophie optique du type vasculaire.

OBSERVATION 21. — Mme Da... Marie, 67 ans, n° 4449.

Démence globale parenchymateuse légère avec excitation psychomotrice surajoutée constante et à exagération paroxystique de type maniaque. Tension artérielle humérale Mx. 13, Mn. 8 (Vaquez).

Fond d'œil : l'œil droit seul put être examiné. La papille est de couleur normale, mais entourée par une zone de choroïdite péri-papillaire qui forme un cerne complet avec : aspect atrophique et dépôts pigmentaires. Les vaisseaux ont un calibre et des croisements normaux. Près de l'artère temporale supérieure il existe une hémorragie rétinienne assez étendue, en flaque, et très récente. La tension des artères de la rétine n'a pu être prise. Dans ce cas, les signes de sclérose sont assez discrets. La choroïdite péri-papillaire est d'interprétation assez difficile ainsi que l'hémorragie très récente. Celle-ci nous permet cependant de soupçonner une lésion vasculaire en cours d'évolution.

OBSERVATION 22. — Mme Le... Jeanne, 76 ans, n° 4223.

Démence presbyophrénique en évolution progressive depuis cinq ans, avec affaiblissement intellectuel considérable et idées délirantes de satisfaction et de grandeur.

Fond d'œil : des deux côtés les papilles offrent des contours et une couleur normale. Il existe une petite tache pigmentaire sur le bord temporal de la papille droite. Les artères sont un peu scléreuses. Elles marquent leur passage sur les veines qui sont sinueuses. Pas de lésions périphériques. Tension artérielle 16-10 (Vaquez). Les lésions de sclérose vasculaire sont très moyennes. On peut les rapporter à l'âge de la malade.

OBSERVATION 23. — M. Me... Jean, 69 ans, n° 4441.

Démence parenchymateuse : affaiblissement intellectuel en cours avec déficit de la moralité, exhibitionnisme. Tension artérielle humérale Mx. 18, Mn. 11 (Vaquez).

Fond d'œil : papille et rétine sont normales. Les artères sont scléreuses. Leur surcroisement est nettement positif aux dépens des veines qui sont dilatées et sinueuses. Pas de papillarite. La tension des artères de la rétine n'a pu être mesurée. Il existe des signes de sclé-

rosé vasculaire du type hypertensif. Les lésions paraissent encore d'importance très moyenne mais destinées à se compléter ultérieurement.

OBSERVATION 24. — M. Re... François, 77 ans, n° 4820.

Démence artériopathique très accentuée. Troubles de la mémoire à forme éamnésique. Syndrome d'irritation pyramidale diffuse. Tension artérielle Mx. 18, Mn. 10 (Vaquez).

Fond d'œil : une phakosclérose bilatérale rend l'examen délicat. On voit cependant que chaque papille optique a une forme et une couleur normale. Les vaisseaux sont très grêles et sinueux. Leur croisement est insaisissable. On remarque à l'œil droit dans la région maculaire 7 à 8 taches pigmentées. La choroïde est atrophique par plaques rappelant l'aspect de lacunarite de grandes dimensions. La tension des artères de la rétine n'a pu être mesurée. En résumé : lésions vasculaires très nettes à l'œil droit. L'atteinte de la choroïde et de la rétine est manifeste dans la région maculaire.

OBSERVATION 25. — M. Ve... Jean, 59 ans, n° 4776.

Démence artériopathique. Etat d'excitation psychique de type hypomaniaque continu. Foyers multiples de désintégration cérébrale se traduisant notamment par un syndrome d'irritation pyramidale droite.

Fond d'œil : chaque fond d'œil est nettement visible. Les artères ont des parois rigides, scléreuses. Leurs battements sont très faibles. Par endroits des spasmes rétrécissent leur calibre, leur donnant un aspect « en chapelet ». Elles écrasent les veines qu'elles surcroisent et effacent complètement. Celles-ci sont dilatées et foncées. Elles ont après chaque croisement artériel un aspect en « tête de serpent ». Sur le territoire d'une petite artériole, branche de la temporale supérieure (œil droit), des petits points de capillarite entourent ce vaisseau. La tension des artères de la rétine est de : Mx. 200, Mn. 80. La tension humérale a été mesurée quelques jours après. Elle était de 18-9 au Pachon. Cet état du fond d'œil indique une rétinite hypertensive qui est beaucoup plus accentuée que la tension humérale ne l'indique. La sclérose vasculaire dépasse le cadre du premier stade d'organicité d'une rétinite hypertensive pour s'étendre jusqu'aux capillaires.

OBSERVATION 26. — Mme Ba... Marguerite, 64 ans, n° 3120.

Psychose maniaco-dépressive, en évolution depuis l'âge de 40 ans. Affaiblissement intellectuel. Donc, démence vésanique. Tension artérielle Mx. 21, Mn. 14.

Fond d'œil : les papilles optiques ont des contours et une couleur normale. Les artères sont scléreuses. Elles croisent les veines et les écrasent. On remarque en particulier la veine temporale supérieure qui est très dilatée et sinueuse. Des points de lacunarite sont groupés autour de la pupille gauche. Pas de mesure de la tension des artères et de la rétine. Les lésions de sclérose vasculaire sont nettes. Elles dépassent un peu l'importance des lésions séniles banales.

III. — COMMENTAIRES

L'examen du fond d'œil chez ces 25 malades a mis en évidence plusieurs types de lésions que nous pouvons classer ainsi :

- 1° des lésions de sclérose banale en rapport avec la sénilité ;
- 2° des lésions d'artério-sclérose, étendues soit aux capillaires, soit à la totalité du système artériel, soit aux vaisseaux centraux ;
- 3° des lésions de rétinite hypertensive ;
- 4° des fonds d'œil normaux.

A. *Les lésions de sclérose sénile* sont assez fréquentes. Elles sont représentées par des artères fines souvent tortueuses, dont les battements ont une faible amplitude. Les cas n° 12 et 22, observés chez deux malades de 76 et 81 ans, nous paraissent assez caractéristiques de ce genre de lésions, à des stades différents. Onze malades ont plus de 70 ans (obs. 4, 5, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 19, 22, 24). En certains cas, la sclérose banale, la perte de l'élasticité de la paroi artérielle, sont compliquées de lésions plus graves. Ce sont des lacunarites ou capillarites qui se retrouvent dans les cas n° 9, 15, 17, 19. En elle-même, cette lésion peut se voir chez un sujet âgé et dont l'état vasculaire cérébral ou rétinien ne se traduit que par des signes cliniques très discrets.

Toutefois, le groupement ou le grand nombre de ces lésions correspond à un degré d'atteinte vasculaire particulièrement marquée. Il en est ainsi dans les cas n° 19 et 24. Nous pouvons considérer que ces malades offrent à l'examen des stigmates rétiens d'une sénilité très avancée. L'un est hypertendu et sénile (15). Il en est de même pour le cas n° 17 qui présente des traces d'anciennes hémorragies ou une choroïdite d'origine vasculaire. Leurs lésions sont nettement supérieures aux états séniles qu'il est fréquent de trouver. La sclérose vasculaire est nécessairement plus grande pour être susceptible de provoquer des hémorragies et les lésions définitives et graves de la choroïd-rétine, entraînant certainement une baisse d'acuité visuelle. Aussi devons-nous souligner plus particulièrement leurs cas.

B. *Ces états scléreux* constituent une étape dans l'artériosclérose, dont nous avons d'autres aspects plus complets ou plus évolués. La sénilité ne saurait être toujours mise en cause, car ces lésions sont observées chez des malades dont certains sont encore jeunes.

Nous pouvons réunir les cas de nos n° 14 à 25. Tous ont des

lésions vasculaires à un degré quelconque. Nous avons déjà noté les cas 15, 17, 19, 22 et 24 qui sont âgés (plus de 70 ans).

Les autres malades ont des lésions nettement pathologiques. Elles consistent en artériosclérose rétinienne, localisée ou généralisée. Cette artériosclérose intéresse le tronc de l'artère centrale dans certains cas : ainsi les observations n^{os} 13, 14, 19, 20 comportent des décolorations de la papille, ou même des atrophies optiques complètes (19 et 20). L'atrophie est à bords irréguliers. L'excavation est très différente des excavations glaucomateuses. Elle est en pente douce et peu accusée.

Parmi ces quatre malades, deux sont âgés (75 et 79 ans), les deux autres ont 69 et 52 ans. Ces deux derniers (n^{os} 14 et 20) ont donc une lésion pathologique incontestable.

Un degré de plus, et nous retrouvons les lésions plus en aval sur le tronc de l'artère centrale, puisqu'elles intéressent une ou plusieurs des branches de bifurcation de l'artère. L'observation 18 nous offre une image typique d'artérite artérioscléreuse. L'artère a perdu sa couleur. Elle est à double parois blanches et rigides. Nous savons que cet aspect clinique correspond à des lésions très importantes de la périartère et de l'endartère, effaçant la lumière du vaisseau dont la circulation est presque interrompue. Dans cette observation particulièrement remarquable, le processus scléreux s'étend à tout l'arbre vasculaire, jusqu'aux capillaires rétiniens, dont la nécrobiose est traduite par ces petites taches blanches, disséminées dans l'étendue de la rétine ou groupées autour d'un certain territoire vasculaire. Ces taches, nous les avons déjà signalées, dans de simples états séniles, mais nous les retrouvons avec une richesse et une localisation qui les rend pathologiques dans les cas n^{os} 14, 15 et 25. Le n^o 14 est le plus typique, car il représente une image de rétinite circinée.

Si les taches n'affectent pas une localisation spécifiquement para-maculaire, elles criblent toute la rétine et plus particulièrement sont groupées autour des vaisseaux temporaux. Elles méritent bien le nom de « dégénérescence circinée », donné par de Wecker pour leur couleur blanche et leur rapport avec les vaisseaux.

Depuis les travaux de Amman, puis de Morax et de Mawas, nous connaissons la signification anatomique de ces lésions. Elles se traduisent, sur une coupe histologique, par des lacunes qui siègent dans la granuleuse interne et la plexiforme externe et sont comblées par une masse amorphe que colorent les couleurs acides. Les couches des cellules visuelles et de l'épithélium pig-

mentaire sont respectées, car ces lésions sont tributaires des vaisseaux rétiens. A leur niveau, l'artère est scléreuse, ses parois sont épaissies sans endo- ou mésartérite. Morax ajoute à son excellente description anatomique : « Ces constatations nous permettent de penser que les hémorragies, les formations lacunaires, les masses hyalines sont l'expression d'une modification circulatoires et qu'il se passe dans le tissu nerveux de la rétine des modifications analogues à celles que l'on connaît, du côté des centres nerveux, lorsque les vaisseaux cérébraux présentent des lésions d'artériosclérose. »

Dans cette observation, les troubles vasculaires rétiens sont très accentués. Ils sont également très nets, bien que moins importants, dans les n^{os} 24 et 25, mais d'un type un peu différent.

Le n^o 24 nous offre des lésions de sclérose plus profondes, puisqu'elles intéressent aussi la choroïde. La mobilisation du pigment le prouve.

Le n^o 25 présente des taches de capillarite, mais il a en plus des signes vasculaires que nous sommes habitués à retrouver chez les hypertendus.

C. *L'hypertension rétinienne*, dont ces symptômes ophtalmoscopiques consistent en épaississement des parois artérielles qui sont nettement visibles, écrasent la veine en la croisant et l'effacent plus ou moins.

Nous les retrouvons dans les observations n^{os} 6, 10, 11, 15, 16, 20, 25 et 26. Elles existent à l'état isolé ou associées à d'autres lésions que nous avons déjà décrites.

Deux malades ont une forte hypertension humérale sans altération du fond de l'œil (obs. 5 et 8), un a une hypertension rétinienne sans participation apparente de la pression générale (obs. 25). Ces modifications sont simples dans les cas 6, 10, 11, dans les observations 15, 16, 20, 24. Parmi ces derniers, la dégénérescence circinée est discrète dans les observations 16, 20, 24. Elle peut être considérée comme une conséquence de l'hypertension, car ces capillarites se retrouvent à un terme avancé des rétinites hypertensives (Bonnamour). Elles conservent la même signification de « petits ramollissements rétiens par oblitérations à la fois organique et fonctionnel, des capillaires ou des petites artéioles » (Bonnet et Bonnamour).

Si nous voulons maintenant jeter un regard d'ensemble sur nos résultats ophtalmoscopiques, nous voyons que, sur les 25 malades examinés, 5 n'ont aucune lésion, 21 ont des aspects pathologiques qui se répartissent ainsi :

- 1) artériosclérose sénile : 7, 9, 12, 13, 15, 17, 22, total : 7 cas ;
- 2) artériosclérose pathologique : 14, 18, 19, 24, total : 4 cas ;
- 3) rétinites hypertensives isolées (au début) : 6, 10, 11, 23, total : 4 cas ;
- 4) rétinites hypertensives compliquées de lésions scléreuses étendues : 16, 20, 25, 26, total : 4 cas ;
- 5) pas de lésions : 1, 3, 4, 5, 8, total : 5 cas. Un cas douteux (21).

Dans cette classification, nous ferons remarquer que deux malades ont des lésions d'artériosclérose sénile qui atteignent un stade pathologique (les 13 et 17, atrophie optique et choroïdite).

Dans le deuxième groupe : deux malades, les 19 et 24, sont âgés, mais leurs lésions sortent du cadre banal de la sénilité même très avancée. Les autres sont relativement jeunes, aucun n'est hypertendu. Tous ont de grosses lésions vasculaires, rétinite circinée, artérite, artériosclérose, capillarites étendues.

Dans le groupe 3, les lésions sont assez banales. Elles intéressent surtout le mode de croisement des vaisseaux et contrastent avec les lésions du groupe 4, qui associent les signes précédents à des lésions périphériques ou du nerf optique.

Ces recherches ophtalmoscopiques ont porté sur des malades relevant de trois groupes psychiatriques :

- 1^{er} groupe : 6 démences artériopathiques ;
- 2^e groupe : 13 démences parenchymateuses ;
- 3^e groupe : 6 démences vésaniques.

1^{er} groupe. — Les 6 malades de ce groupe sont des artérioscléreux présentant des modifications indiscutables de leurs vaisseaux périphériques. La plupart eurent des accidents d'ordre neurologique relevant de la même origine. L'un est hypertendu huméral (obs. 20).

Tous ont des lésions de fond d'œil d'ordre pathologique, ils appartiennent aux groupes 2 et 4 de notre classification ophtalmologique qui réunissent les lésions scléreuses les plus typiques.

Un seul est âgé (77 ans), mais a des lésions du fond d'œil qui dépassent le stade des lésions séniles banales.

Deux (obs. 16 et 25) ont une hypertension rétinienne qui ne concorde pas avec leur tension humérale. Le malade de l'observation 20 réunit une hypertension humérale et une hypertension rétinienne. Tous trois présentent néanmoins des lésions de rétinite hypertensive très marquées avec participation des capillaires.

DÉMENCES ARTÉRIOPATHIQUES

NOMS ET NUMÉROS OBSERVATION	SEXE	ÂGE	TENSION HUMÉRALE	PAS LÉSION FOND D'ŒIL	LÉSION HYPERTENSIVE	LÉSION ATHÉROMATEUSE PATHOLOGIQUE	LÉSION SCLÉREUSE SÉNILE	PARTICULARITÉS
Bo., N° 14..	F	69				+		
Ca., N° 16..	F	68			+	+		Tension rétinienne 200-60
Pi., N° 18..	F	67				+		
Sa., N° 20..	H	52	+		+	+		Tension rétinienne 200-80
Re., N° 24..	H	77				+		
Ve., N° 25..	H	59			+	+		Tension rétinienne 200-80

Ces constatations nous paraissent l'élément primordial de nos recherches.

2° *groupe*. — Les 13 déments séniles sont également typiques dans leur aspect clinique et réalisent séméiologiquement la forme la plus banale la sénilisation cérébrale primitive.

Cinq sont hypertendus artériels.

Deux sont polyscléreux (90 et 79 ans).

Les autres sont physiquement normaux pour leur âge.

Nous éliminons volontairement l'observation 21, parce qu'elle offre des lésions de choroïdite péri-papillaire et une hémorragie récente, dont nous ne pouvons affirmer ou infirmer l'étiologie.

Neuf sujets sont indemnes ou ont des lésions séniles simplement en rapport avec leur âge (obs. 1, 5, 7, 9, 12, 13, 15, 17, 22). Parmi eux, trois méritent de retenir notre attention : le n° 15 est un homme très âgé et hypertendu et ses lésions rétinienues sont expliquées par ces deux facteurs ; le n° 17 a des troubles vasculaires du fond d'œil que son grand âge explique. Nous avons procédé à l'autopsie du n° 13, l'examen histologique est en cours, mais macroscopiquement l'étude de l'encéphale a montré des lésions parenchymateuses séniles banales (aspect pseudo-kystique, épaississement pie-mérien), associées à de l'athérome des artères de la base. Nous avons antérieurement constaté une

cataracte et une atrophie optique qui indiquaient des signes de sclérose en général et de sclérose vasculaire en particulier, au niveau du nerf optique.

Les n° 6 et 23 ont des lésions de rétinite hypertensive au début, tout à fait banales, sans association de troubles du système artériolo-capillaire.

DÉMENCES PARENCHYMEUSES SÉNILES

NOMS ET NUMÉRO OBSERVATION	SEXE	ÂGE	TENSION HUMÉRALE	PAS LÉSION FOND D'ŒIL	LÉSION HYPERTENSIVE	LÉSION ATHÉROMATEUSE PATHOLOGIQUE	LÉSION SCLÉREUSE SÉNILE	PARTICULARITÉS
Ros., N° 1..	F	62		0				
Ri., N° 5...	H	74	+	0				
Ger., N° 6..	F	68	+		+			
Mar., N° 7..	F	70					+	
Pou., N° 9..	H	79					+	
Fou., N° 12.	F	81	+				+	
Lam., N° 13.	H	75					+	
Bau., N° 15.	H	78	+		+		+	
Arn., N° 17.	F	90					+	Très âgée et polyscléreuse.
Pou., N° 19.	H	79				+		Id.
Dau., N° 21.	F	67				+	+	Hémorragie rétinienne récente gênant interprétation.
Les., N° 22..	F	76					+	
Men., N° 23.	H	69	+		+			

Enfin, le n° 19 est un malade très âgé (79 ans), mais il présente une atrophie optique, ce qui dépasse l'importance d'une lésion sénile. Les taches de lacunarite, constatées autour des vaisseaux, font penser que cette atrophie a une origine vasculaire et qu'il existe un élément artériopathique surajouté au processus de sénescence.

En résumé, dans l'ensemble, nos 13 déments séniles ont des lésions du fond d'œil banales pour leur âge ou leur état physique général, le n° 19 faisant seule exception.

3^e groupe. — Nous avons réuni sous ce vocable de démences vésaniques les six malades examinés dont l'état de déchéance actuel n'est que le stade ultime, d'une psychose en évolution depuis de nombreuses années : délire hallucinatoire chronique ou syndrome paranoïde, et qui nous paraissent pouvoir entrer dans le cadre des « encéphaloses ».

Aucune lésion du fond d'œil caractéristique n'est constatée chez eux : trois observations (3, 4, 8) ont un fond d'œil indemne, les n^{os} 10 et 11 ont des lésions banales de rétinite hypertensive

DÉMENCES VÉSANIQUES

NOMS ET NUM ^{ROS} OBSERVATION	SEXE	ÂGE	TESSION HUMÉRALE	PAS LÉSION FOND D'ŒIL	LÉSION HYPERTENSIVE	LÉSION ATHÉROMATEUSE PATHOLOGIQUE	LÉSION SCLÉREUSE SÉNILE	PARTICULA- RITÉS
Do., N ^o 3...	F	65		0				
Co., N ^o 4...	F	73		0				
Bo., N ^o 8...	F	67	+	0				
Ma., N ^o 10..	F	64	+		+			
Fo., N ^o 11..	F	76	+		+			
Bo., N ^o 26..	F	74	+		+	+		

(au début) ; ils sont hypertendus artériels ; le 26 réunit des altérations d'hypertension rétinienne et de lacunarite de la rétine. Ces dernières impliquent l'existence d'un processus vasculaire que, ni l'âge, ni l'hypertension n'expliquent entièrement. Nous savons que cliniquement un vésanique peut offrir un processus de sénescence ou des altérations vasculaires auxquelles certains ont fait jouer un rôle dans l'évolution de leur démence.

CONCLUSIONS

1^o Tous les déments artérioscléreux examinés ont des lésions du fond d'œil : de type athéromateux dans tous les cas, de type athéromateux et hypertensif dans un cas où existe une hypertension artérielle périphérique élevée, et deux cas où l'on note une hypertension rétinienne.

2° Les déments séniles parenchymateux banaux n'ont pas de lésion du fond d'œil dans neuf cas sur treize observés. Ceux qui font exception, sauf un, sont explicables par l'état vasculaire général ou le grand âge.

3° Parmi les déments vésaniques, un seul a des lésions vasculaires notables.

En résumé, la plupart des déments séniles examinés ont donc des modifications oculaires en rapport avec leur âge et leur état physique (sclérose, hypertension...). Par contre, les malades que nous classons déments artériopathiques offrent des lésions beaucoup plus nettes et plus importantes que celles prévues ou banalement rencontrées.

C'est à ces conclusions qu'aboutit notre travail dont nous publions ici la partie clinique nous proposant d'apporter les examens histologiques correspondants. D'ores et déjà et au seul point de vue clinique, chez des psychopathes séniles ou pré-séniles, nous constatons une similitude entre la pathologie vasculaire cérébrale et rétinienne.

DES ULCÉRATIONS GASTRIQUES CHEZ LES ALIÉNÉS

(considérées comme l'une des causes du refus de nourriture)

PAR

JULIAN DRETLEF (1)

Il existe de nombreuses causes pour lesquelles les aliénés refusent la nourriture ; ce sont, pour la plupart, des cas d'une telle banalité que leur connaissance est obligatoire, non seulement pour les aliénistes débutants, mais aussi pour les infirmiers diplômés. Si cependant je m'occupe de cette question dans la note suivante, c'est parce que j'ai voulu attirer l'attention sur quelques phénomènes qui sont parfois, non pas tellement négligés que plutôt passés inaperçus et qui peuvent éveiller un double intérêt : théorique et pratique.

Les difficultés d'un diagnostic des maladies somatiques chez les psychopathiques sont tout à fait connues et leurs causes sont, elles aussi, claires ; là où l'observation des attitudes générales ou bien des fonctions excrétrices peuvent nous fournir des renseignements, il nous est plus facile de découvrir une maladie somatique, par exemple des diverses entérites, des hépatites ou des maladies des reins, etc. ; si le malade devient négativiste, la reconnaissance des maladies de nombre d'organes internes devient très difficile, sinon impossible. C'est le cas pour diverses maladies gastriques, et surtout pour les ulcérations de la muqueuse de l'estomac. Ces temps derniers, une étude spéciale a été consacrée par Hall (2) à ces difficultés, étude qui souligne les surprises qui attendent le psychiatre lors de l'autopsie de ses malades. Cet auteur pense qu'il y a, chez beaucoup d'aliénés, des mécanismes

(1) (Travail de l'établissement neuro-psychiatrique Kobierzyn, près Cracovie ; Méd.-Dir. : Wl. Stryjenski).

(2) HALL (A. J.). — *Brit. Med. Journ.*, n. 3812, 1934, p. 133-138.

spéciaux qui donnent, comme résultat, une inhibition de l'écorce cérébrale (selon la théorie de Pavlov), ce qui rend les sujets insensibles aux excitations entéroceptives. Neuburger (1) a élaboré lui aussi un mémoire sur les décès imprévus des aliénés. Après avoir souligné l'impossibilité fréquente du diagnostic précis pendant la vie des sujets, il divise son matériel d'autopsie en plusieurs groupes dont le premier est consacré aux maladies du tractus gastro-intestinal. Nous-mêmes ne voulons insister que sur les troubles stomacaux. Quelques exemples montreront les points les plus essentiels.

CAS 1. — K. R. 1741/31. Un vieux catatonique, interné depuis quelques années, commence à refuser la nourriture ; d'abord les questions posées restent sans réponse, mais quelque temps après le malade nous explique qu'il y a des satans dans son ventre qui lui défendent de prendre la nourriture. Si K. R. veut violer cette défense, il devient tout à fait malade à cause des souffrances qui lui percent la chair. Ces souffrances rayonnent sur le corps entier du malade, atteignant les aisselles ou les pieds. Les plaintes du malade sont de plus en plus fréquentes ; il ne se laisse pas examiner, est négatif, repousse le médecin avec beaucoup de violence. Enfin il énonce des idées délirantes à base cénesthétique dans lesquelles se font sentir aussi les éléments douloureux rapportés aux téguments du corps et aux testicules. Comme il refuse obstinément la nourriture, il est alimenté à la sonde pendant trois semaines. Au bout de ce temps ses plaintes délirantes commencent lentement à disparaître, le malade se calme, cesse de mentionner le satan habitant son ventre et commence enfin à se nourrir d'une façon complètement normale. Deux mois après réapparaissent de nouveau ses plaintes, mais ce n'est plus un satan qui a le corps du malade pour logis, celui-ci se croit maintenant intoxiqué par des gaz que sa belle-sœur lui insuffle d'une façon secrète. Ces plaintes évoluent très vite en idées délirantes un peu semblables quant à la base sensitive à celle énoncée quelque temps avant. Nourri de nouveau à la sonde, il se calme après quelques semaines et suit le régime normal. Deux semaines de nourriture ordinaire et voilà que surviennent chez ce malade des vomissements sanguinolents atroces et un collapsus grave, pendant lequel le malade meurt (dans sa 37^e année). A l'autopsie on a découvert quelques petits ulcères gastriques cicatrisés et une ulcération fraîche corrodant une grande veine de la grande courbature.

Rétrospectivement, la façon d'agir du malade, déclaré étrange pendant sa vie, devient claire. Souffrant d'un ulcère gastrique, il

(1) NEUBURGER (K.). — *Z. Neur.*, 152, p. 670-686.

a refusé le régime ordinaire (qu'il a lié peut-être aux douleurs) ; ce refus cependant a été tellement voilé par des délires qu'il a été impossible d'en deviner la cause véritable. Les plaintes du malade prouvent une irradiation des douleurs rencontrée aussi chez les sujets sains au point de vue psychique ; mais leur évolution secondaire délirante s'effectue de telle façon qu'elle ne diffère en rien de beaucoup de plaintes délirantes des aliénés sains au point de vue somatique. La composition de la nourriture artificielle a amélioré et même aidé à cicatriser les ulcères ; le régime ordinaire les a fait réapparaître ; avec la réapparition des ulcérations, recommence tout le processus de nouveau (quoique le thème délirant soit un peu changé), phases qui durent jusqu'au décès du malade.

CAS 2. — G. B. 1141/30. Jeune schizophrénique, 31 ans ; grande excitation, mutisme et négativisme, inaccessibilité à la psychothérapie et faible réaction aux hypnotiques. Un jour donné on remarque son refus de prendre la nourriture. En même temps : apparition de trophœdèmes périphériques et d'acrocyanose typique. Les interrogations restent sans réponse satisfaisante. Les tentatives d'examen somatique provoquent l'agressivité brutale du sujet. Excitation mortuë de plus en plus grande ; tendance aux automutilations. Après quelques jours de jeûne il a été nourri à la sonde pendant une dizaine de jours. Le malade meurt brusquement (aucun rapport avec l'alimentation artificielle) ; l'autopsie révèle une ulcération gastrique grave ; la cause de la mort a été un œdème grave du cerveau. L'examen microscopique plus complet du cerveau par des colorations de Nissl déceuvre — à part d'autres symptômes, dus à l'œdème — de petits extravasats dans l'entourage du 3^e ventricule.

L'analyse du status histopathologique nous enseigne que les ulcérations gastriques ont évolué pendant un court laps de temps ; les troubles trouvés au niveau du III^e ventricule nous ont tout spécialement poussé à des recherches aux environs de ce ventricule, comme aussi dans les autres régions importantes pour le système végétatif, et ceci dans d'autres cas où l'autopsie nous a été permise (les recherches histopathologiques du cerveau de notre premier cas n'ont pas été effectuées). Mais les cas de schizophrénie nous ont montré des status tout à fait négatifs.

CAS 3. — M. B. 1213/33. Vieille schizophrénique, internée depuis 8 ans. Démence affective grave, manque d'intérêt complet pour l'entourage, incohérence, néologismes, période de mutisme alternant aux périodes de chant continu, gâtisme sporadique, assise pendant

de longues semaines sans mouvements dans sa ehaise, acrocyanose périphérique de plus en plus prononcée, trophædèmes commençants des mains et des picds. Mangant toujours très peu, elle s'abstient enfin complètement de prendre n'importe quelle nourriture. L'examen somatique n'aboutit à rien ; les chants des psaumes sont les seules réponses à la pression des points douloureux des téguments. Des interrogations provoquent un torrent de néologismes. Reste assise un peu plus courbée qu'autrefois. Nourrie à la sonde pendant quatre semaines, commence à manger spontanément. Mort subite six jours après sevrage de l'alimentation artificielle (syncope cardiaque) dans sa 43 année. A l'autopsie : une ulcération un peu cicatrisée de la cardie, au cerveau sans rien de particulier.

L'observation et l'examen clinique de cette malade, comme aussi du cas 2, ne nous ont pas permis de conclure de façon décisive sur les causes du refus de la nourriture. Et ce n'est que lors de l'autopsie de M. B... que l'on a retrouvé une ulcération avec cicatrisations fraîches. Très petites d'ailleurs, elles se sont cicatrisées pendant la dernière période de vie de la malade. Quoique les cicatrisations spontanées d'ulcères gastriques soient bien connues, il se peut que le régime lacté ait facilité la disparition des symptômes cliniques de la maladie de l'estomac.

CAS 4. — W. S. 372/34. Jeune schizophrénique interné depuis quelques mois : excitation psychomotrice grave ; le malade est en mouvement continu, saute, danse, chante ; les barbituriques sont sans effet. Toujours très vorace, enlève aux autres malades leur nourriture ; cet état dure assez longtemps, après quoi le malade se calme presque brusquement, devient taciturne, même mutiste ; il commence en même temps à manger de moins en moins, enfin il jeûne pendant quelques jours. Les interrogations sont sans résultat ainsi que l'examen somatique par rapport auquel W. S. garde une indifférence complète. Nourri à la sonde ; quelques jours plus tard apparaît la fièvre (39° C.) et les symptômes d'une maladie septique grave, à laquelle succombe le malade au bout de trois jours (dans la 27^e année). L'autopsie révèle une médiastinite grave purulente, provenant d'une ulcération perforée de l'œsophage au-dessus de la cardie ; à l'estomac des érosions superficielles de la muqueuse. A l'encéphale rien de particulier.

Chez ce jeune malade, on a remarqué des ulcérations multiples dans les parties supérieures du tractus digestif, perturbations évoluées dont une a provoqué, après perforation de la paroi de l'œsophage, une médiastinite mortelle. Il est probable que la sonde a pu irriter les parois œsophagiques et occasionner la per-

foration sus-mentionnée. Un diagnostic précis de la maladie somatique fut impossible. Un détail encore du cours morbide mérite d'être souligné : refus de manger converge avec l'accalmie de l'état excitatoire ; cette convergence est-elle causée par des affinités plus profondes ?

CAS 5. — B. F. 1309/32. 30 ans. Reçu à cause de son agressivité et du délire de la persécution. Se croit empoisonné par la famille en raison de querelles d'héritage. A l'établissement énonce des idées paranoïaques typiques. Mange très peu, refuse souvent la nourriture ; parfois il l'accepte, mais tâche de s'en débarrasser de façon clandestine. Il ne se laisse pas examiner, croit que le médecin est un de ses adversaires dans le procès d'héritage. Parfois négativiste ; mange de moins en moins, jeûne parfois pendant une journée. Quand on veut (à cause de son poids décroissant) le nourrir à la sonde, les vomissements et les matières sanguines apparaissent, le malade s'affaiblit très vite et succombe à une hémorragie interne. A l'autopsie on trouve deux ulcérations duodénales, dont une a corrodé la grande artère et la veine gastriques. Dans le cerveau rien de particulier.

Ce malade a, comme premiers signes psychosiques, le sentiment étrange d'être empoisonné ; de ce sentiment s'élaborent des idées délirantes qui dominent le tableau psychopathologique. Ne voulant pas refuser directement la nourriture, il essaye d'éviter de manger d'une façon plus discrète ; ses énonciations comme : « ce régime me fait mal ; cette nourriture provoque des douleurs, etc... », sont typiques pour son comportement. Malgré son jeûne, on n'a pu arriver à le nourrir à la sonde parce que les ulcérations, évoluant depuis un certain laps de temps, ont accéléré sa mort, qui est survenue plus vite qu'il n'était possible de le prévoir d'après son état général.

Nous avons eu plus de chances dans les examens histopathologiques du cerveau au cours des observations de quelques autres psychotiques avec ulcérations gastriques. Voici quelques exemples :

CAS 6. — R. I. 1099/31. 42 ans. Interné à cause de démence progressive, de marasme et d'agressivité contre les siens. Paralysie générale typique au point de vue clinique et sérologique. La malariathérapie, sans améliorer son état psycho-somatique, a seulement arrêté le processus rapidement progressif de la maladie. Le malade survit deux années à la malariathérapie. Quelques semaines avant sa mort apparaissent les vomissements sanguins, le malade refuse la nourriture ordinaire ; il déplore souvent que le régime lacté ne lui suffit pas ;

il se plaint d'avoir toujours faim. Mort au cours des accès paralytiques. A l'autopsie : quelques petites ulcérations et érosions typiques dans l'estomac ; dans le cerveau : hors de lésions caractéristiques pour la p.g., un petit foyer de ramollissement dans l'hypothalamus.

Chez ce malade, on a pu déjà, pendant sa vie, soupçonner l'ulcération gastrique, mais ni le régime lacté, ni les thérapeutiques n'ont pu retarder l'issue fatale (causée plutôt par la paralysie générale que par la maladie gastrique).

CAS 7. — M. A. 1565/36. 39 ans. Amené à l'établissement à cause de son agressivité contre sa famille. Hypersexualité allant jusqu'aux tendances à la violation des mineures. Paralysie générale typique aux points de vue clinique et sérologique. Ne peut être traité par la malaria à cause de son état somatique défavorable (myocardite chronique grave, furonculose généralisée des téguments du corps, rebelle aux thérapeutiques). Marasme psycho-physique progressant. Mort dans un état septique évolué sur fond de furoncles abscedants, deux grands phlegmons. A l'autopsie : érosions multiples hémorragiques dans l'estomac ; dans le cerveau on a trouvé, hors les symptômes typiques pour la p.g., plusieurs petites hémorragies dans les parois du 3^e ventricule.

Les ulcérations de la muqueuse de l'estomac ont été, chez ce malade, une trouvaille accidentelle, nul symptôme clinique n'ayant apparu pendant sa vie. Même dans ses énonciations (très rares d'ailleurs), il n'a pas mentionné de détails ayant quelque chose de commun avec la nourriture ou avec le tractus gastro-intestinal.

CAS 8. — J. A. 1215 /34. 74 ans. Malade depuis une dizaine de jours. Commence à s'inquiéter, cherche quelque chose dans sa maison, crie enfin que les gaz de guerre sont lancés par des ennemis de l'Etat ; les réservoirs à gaz sont cachés dans le sous-sol. Il se sent intoxiqué, empoisonné, ne veut pas manger, parce que la nourriture est imprégnée de divers toxiques qui le font souffrir. Ne mange pas de repas solides, mais boit seulement du lait qu'il traite lui-même : seul cet aliment lui semble sûr. A notre service il est inquiet, ne dort pas, ne veut pas manger, il a toujours peur d'être empoisonné ; il nous avoue avaler de l'arsenic qu'on lui donne depuis longtemps dans toute sa nourriture ; il a même mangé « des bacilles noirs de Koch » — ce qui est tout à fait affreux. Le troisième jour de son séjour au service, refus de nourriture ; quand on veut appliquer la sonde, on s'aperçoit que ses matières sont sanguinolentes, en même temps le malade s'affaiblit, et succombe vite à une hémorragie interne. A l'autopsie on

trouve à l'estomac deux ulcères très anciens dont un déjà cicatrisé, et dans le tissu cicatriciel on relève des signes cancéreux bien marqués. Dans le cerveau : atrophie sénile simple, traces d'athéromatose vasculaire, dans l'hypothalamie et dans les tubercules quadrijumeaux antérieurs : des ramollissements déjà complètement cicatrisés.

Le malade commence à se plaindre d'être intoxiqué, ce qui est le premier symptôme et ensuite le symptôme dominant de sa psychose. Il est curieux que le malade préfère le régime lacté, qui l'empoisonne moins, aux régimes solides. A l'établissement, il a été observé pendant une courte période ; néanmoins, de justes soupçons ont été dirigés vers la maladie gastrique, ceci en s'appuyant seulement sur le tableau psychopathologique, avant que l'hémorragie finale ne soit apparue. Il est intéressant de signaler que le malade n'a énoncé ses plaintes qu'alors, les ulcérations durant depuis déjà longtemps (cicatrisation et formation de cancer).

CAS 9. — M. O. 1372/32, 64 ans. Artériosclérose cérébrale, démence prononcée, gâtisme, marasme commençant, hémorragies cérébrales anciennes avec une hémiplegie durant depuis trois ans. Très vorace il s'étouffe souvent ; appétit sexuel envers les infirmières ; de temps en temps période d'excitation, il saute et crie, plus rarement il est agressif envers l'entourage. Quatre semaines avant sa mort, il refuse la nourriture en nous expliquant qu'elle provoque des douleurs dans son ventre. Presque en même temps il commence à vomir avec mélange de sang ; ses matières sont colorées en rouge. Malgré les thérapeutiques, le malade s'affaiblit et succombe pendant une syncope cardiaque. L'autopsie révèle dans l'estomac une grande ulcération très fraîche, aux bords de laquelle une érosion s'étend sur de grandes parties de la muqueuse. Dans le cerveau : traces multiples d'hémorragies anciennes ; des hémorragies très fraîches au niveau des corps mamillaires et à la base du III^e ventricule.

Chez ce malade, nous avons pu poser un diagnostic exact de la maladie gastrique, tirant nos conclusions d'abord de ses énonciations et ensuite de l'examen des matières. Mais ceci a été effectué trop tard, en raison de son état général défavorable, et les remèdes que nous avons essayé d'appliquer se sont montrés inefficaces.

CAS 10. — A. D. 1275/30. 47 ans. Chanteur bien connu. Quelques temps avant l'internement : changement du comportement, de grandes (mais imprudentes) affaires commerciales auxquelles A. D. perd

tout son bien ; il devient ensuite mégalomane, nonchalant, néglige sa famille. Enfin il a de courtes liaisons avec des femmes de conduite douteuse, se néglige de plus en plus, oublie enfin les mélodies de son répertoire. Au service il avoue être syphilitique (sa femme a eu plusieurs fois des fausses-couches), réactions de Bordet-Wasserman dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sang positives. Démence à type organique progrédient, marasme somatique évoluant rapidement. Parmi d'autres plaintes il nous dit que la nourriture ne lui plaît pas, qu'il en a perdu le goût (avant la maladie gourmet connu). Brusquement survient une hémorragie interne, à laquelle le malade succombe très vite. A l'autopsie on trouve une ulcération typique avec une hémorragie grave secondaire. Dans le cerveau : une grande tumeur envahissant les deux lobes frontaux et comprimant complètement le III^e ventricule. Dans la surrénale droite, une petite tumeur. Histologiquement : hypernéphrome avec métastases dans le cerveau.

L'ulcération gastrique a évolué chez ce malade (1) avec un cours morbide très rapide ; dans la dernière période de sa vie, quand le diagnostic a été posé, une intervention quelconque n'était plus possible.



Tels sont les faits. Ils nous montrent clairement que le refus de nourriture est parfois dû à une maladie gastrique grave aboutissant à la mort du sujet, maladie qui peut passer complètement inaperçue pendant longtemps, ou qui peut éclater pendant la dernière période de la vie du malade, comme un des symptômes préagoniques. Mais avant de tirer des conclusions du matériel présenté ici, il nous faut d'abord étudier s'il s'agit, dans les cas décrits, de rapports plus essentiels entre la maladie gastrique et la psychose, ou bien s'il n'y a, entre elles, qu'une coïncidence purement accidentelle. Pour répondre à cette première question, nous avons pu comparer la fréquence des ulcérations gastriques dans notre matériel avec celle observée à l'Institut d'Anatomie Pathologique de l'Université Jagellonne à Cracovie. Grâce à l'amabilité du Professeur Ciechanowski, Directeur de l'Institut (à qui j'exprime ici ma vive reconnaissance), j'ai pu obtenir des chiffres exacts. Ils montrent que, parmi les 2.719 autopsies pratiquées à l'Institut, on a trouvé 60 cas d'ulcérations gastriques, ce qui nous donne 2,21 0/0, tandis que, parmi les 644 autopsies

(1) Ce cas a été analysé par moi d'une façon plus détaillée dans un mémoire consacré aux : « tumeurs cérébrales non diagnostiquées, évoluant sous les symptômes d'une psychose atypique ». *Neurol. Polska*, 1935.

de notre établissement, on a trouvé 49 cas de ces maladies, c'est-à-dire : 7,61 0/0. Il faut souligner que nous avons compté dans notre établissement les seuls cas sans tuberculose méningée et sans méningite d'autre origine (pendant lesquelles les ulcérations seraient spécialement fréquentes), de même nous n'avons pris en considération que les érosions et ulcérations dites peptiques, sans envisager les ulcérations d'origine tuberculeuse ou syphilitique. En divisant notre matériel en deux groupes : celui des schizophrénies et celui des psychoses dites organiques, nous avons rencontré, chez les schizophrènes, 3,1 0/0 des ulcères dans les cas sectionnés, et 4,5 0/0 dans le second groupe. La simple comparaison de ces chiffres (obtenus à l'établissement pendant les dernières 12 années et à l'Institut depuis 1934 à 1936) nous enseigne que les différences (même dans le groupe de la schizophrénie) sont telles qu'elles dépassent l'idée d'une simple coïncidence ou d'erreurs dues à l'application erronée de la méthode statistique. Ces différences ne peuvent non plus être causées par la différence du matériel examiné, en ce sens que les autopsies à l'Institut se rapportent aux personnes mortes d'ulcères gastriques et n'embrassant pas tous les sujets qui vivent avec des ulcères déjà cicatrisés, tandis qu'à l'établissement, tous ses décédés sont soumis à l'autopsie parce que : 1° nous avons compté les seules ulcérations qui étaient déjà assez évoluées, et 2° dans le matériel de l'établissement, on n'a pratiqué l'autopsie que pour 65 0/0 des cas (autrement le nombre probable des maladies qui nous intéressent augmenterait encore). Il faut donc supposer des coïncidences plus essentielles.

En effet, des liaisons pathogéniques entre les maladies nerveuses et celles de l'estomac sont connues depuis longtemps. Les études sur l'histoire de ce problème, qui intéresse toujours davantage, enseignent que c'est Rokitansky, de Vienne, qui a émis en 1859, pour la première fois, cette idée ; beaucoup d'autres après lui ont enseigné que les ulcérations gastriques peuvent évoluer en maladies nerveuses (par exemple dans le tabès). Dans le livre édité sous la direction de Muller (1), nous en trouvons de beaux exemples. Mais c'est depuis cinq ans — plus précisément depuis l'apparition de la célèbre monographie de Cushing (2) — que les recherches de ce domaine ont avancé de façon décisive. Cushing a pu démontrer clairement que plusieurs maladies nerveuses, et spécialement des troubles diencéphaliques,

(1) MULLER. — *Lebensnerven und Lebenstriebe*, 1931.

(2) CUSHING. — *Papers relating to the pituitary body, hypothalamus and parasympathetic system*, 1932.

sont souvent accompagnés d'excoriations et même d'ulcérations gastriques. De nombreux travaux ont paru à ce sujet depuis lors.

Les recherches expérimentales de Beattie et Seehan (1) nous ont prouvé que l'excitation faradique de la région infundibulaire d'une chatte provoque l'accroissement de la tension intragastrique avec hypermotilité secondaire de l'estomac. Le contraire (l'abaissement de la tension et l'hypomotilité de l'estomac) est obtenu par la faradisation des parties postérieures de l'hypothalamus. Steehan (2) a pu découvrir que le refroidissement de l'écorce cérébrale du macacus rhesus supprime la motricité gastrique, tandis que le chauffage jusqu'à 40° C. des mêmes parties corticales la provoque ; le chauffage au-delà de cette température critique paralyse tous les mouvements stomacaux. La faradisation de l'écorce préfrontale et prémotrice provoque, selon cet auteur, une hypermotilité de l'estomac (à demi plein de nourriture), sans influencer la tension intragastrique. Hoff et Sheehan (3) ont pu obtenir, à l'aide des lésions expérimentales de l'hypothalamus des singes (macacus rhesus), des érosions hémorragiques multiples de la muqueuse gastrique, et ceci dans 5 cas sur 16. Ces érosions évoluaient très rapidement ; dans certains cas en 48 heures. En présence de l'absence de troubles gastriques, après l'extirpation d'autres parties du cerveau, ces auteurs pensent que les érosions gastriques sont dues à une perte d'équilibre entre les systèmes orto- et para-sympathiques, perte provoquée par des lésions tubériennes. Watt et Fulton (4) ont étudié l'effet des lésions hypothalamiques sur la partie supérieure du tractus gastro-intestinal et sur le cœur. C'étaient des érosions de la muqueuse gastrique et œsophagienne avec infiltrations et nécroses résultant de ces opérations. Des vaso-constrictions d'origine centrale (hypothalamique) sont indiquées par ces auteurs comme étant la cause directe des troubles sus-décrits.

Les observations cliniques fournissent, elles aussi, des faits très suggestifs. Comroë (5) a décrit deux cas d'ulcères gastriques chez des sujets atteints de tumeurs de l'hypophyse. Daniels (6) a présenté deux cas d'hémorragie cérébrale avec hématomène provenant d'un ulcère gastrique. Masten et Bounts (7) ont rapporté, à la Société Neurologique de Chicago, 5 cas d'affections

(1) BEATTIE and SHEEHAN. — *J. of Physiol.*, 81, 1934, 218.

(2) SHEEHAN. — *Ibid.*, 83, 1934, 177.

(3) HOFF and SHEEHAN. — *Am. J. of Pathol.*, 11, 1935, 789.

(4) WATT and FULTON. — *Am. J. of Surg.*, 101, 1935, 363.

(5) COMROË — *Am. J. Med. Sc.*, 186, 1933, 568.

(6) DANIELS. — *Zentralbl. Neur.*, 73, 1935, 188.

(7) MASTEN and BOUNTS. — *Arch. of Neur.*, 32, 1934, 244.

diverses du système nerveux au niveau des centres hypothalamiques avec ulcérations et même perforations de l'estomac. Ces auteurs se déclarent partisans de la thèse de Cushing. Ils ont présenté peu après (1) un mémoire plus complet, avec des données bibliographiques et l'histoire du problème en rapportant 6 cas personnels. Ils signalent que les injections des toxiques végétatifs ont confirmé, d'une façon très nette, les constatations de Cushing sur leur matériel, affecté de lésions morphologiquement saisissables. Burdenko (2) résume ses travaux antérieurs concernant l'influence du cerveau sur le processus ulcéreux de l'estomac. Selon cet auteur, ce ne sont pas seulement les troubles des centres, mais aussi des voies afférentes végétatives qui peuvent causer l'éclosion des ulcérations. Il cherche même à établir des corrélations entre les types histopathologiques d'ulcération et les sièges correspondants de la lésion cérébrale. Bodechtel (3) peut nous communiquer ses observations sur neuf cas. Les constatations de cet auteur sont encore intéressantes par le fait qu'il décrit des ulcérations où, à l'encéphale, non seulement les régions infundibulaires ou hypothalamiques ont été détruites (directement ou par une action lointaine : tumeurs), mais aussi des cas de malades chez qui les autres parties du névraxe étaient liées aux maladies gastriques. Tel son cas 2, avec affection du IV^e ventricule et la destruction du noyau du pneumogastrique, tel son malade 5, chez qui les troubles gastriques ont été provoqués par l'intervention myélographique (maladie de la colonne vertébrale). Ces cas, ainsi que d'autres encore, publiés par de nombreux auteurs modernes (4) ou anciens (5), démontrent que les maladies de différentes parties du système nerveux peuvent provoquer une maladie gastrique. Ces exemples, comme aussi des expériences, telles que celles de Cahane (6), où l'on a pu avérer des dégénérescences dans le noyau dorsal du pneumogastrique après section des rameaux gastriques de la 10^e paire, nous enseignent que les lésions de l'hypothalamus (centre végétatif superordonné), lésions rencontrées peut-être plus fréquemment comme cause d'ulcères gastriques que celles d'autres centres végétatifs allant tout au long du névraxe vers le bas, ne sont cependant pas les causes uniques des troubles de la muqueuse gastrique.

D'autre part, les influences des maladies gastriques sur le

(1) MASTEN and BOUNTS. — *Arch. Int. Med.*, 54, 1934, 916.

(2) BURDENKO. — *Z. Neur.*, 148, 1933, 543.

(3) BODECHTEL. — *Deut. Arch. Klin. Med.*, 177, 1935, 268.

(4) POLSTROFF. — *Psych. Neur. Woch.*, 1933, 566.

(5) BENEKE. — *Deut. Med. Woch.*, 1904, 41.

(6) CAHANE. — *Zentrbl. Neur.*, 75, 1936, 530.

système nerveux sont, elles aussi, bien connues. Neuberger (1) a pu prouver, dans les cas du cancer de l'estomac, que les lésions histopathologiques spécifiques peuvent être trouvées au niveau de l'encéphale. Le même auteur (2) a souligné la fréquence des maladies gastriques dans les familles de buveurs devenus délirants avec poli-encéphalite supérieure. Nous-même (3), nous appuyant sur les constatations de Villaret (4) et de ses collaborateurs, avons cru pouvoir tirer de nos expériences des conclusions sur l'importance de la muqueuse gastrique par rapport aux diverses façons de réagir du tissu nerveux au cours de l'intoxication expérimentale par l'alcool. Sans rapporter ici des détails sur la physiopathologie de la muqueuse gastrique, détails situés sur le plan purement biologique, il nous faut seulement indiquer le vaste problème : achlorhydrie gastrique (avec avitaminose ?), anémie pernicieuse, lésions du système nerveux, pour dévoiler les profondes liaisons patho-physiologiques entre les systèmes nerveux et les maladies gastriques, surtout : les ulcères peptiques.

Notre matériel montre aussi ces rapports ; non seulement les centres, au niveau du III^e ventricule, sont touchés dans les cas des ulcères gastriques, mais encore les autres parties du système nerveux : corps mammillaires (cas 9), tubercules quadrijumeaux (cas 8), noyau du pneumogastrique (un artériosclérotique non cité parmi les 10 cas décrits). Dans la plupart des cas cités dans la littérature, il s'agit de maladies organiques typiques, avec troubles du névraxe saisissables morphologiquement sous la loupe, qui coïncident avec des lésions stomacales. Mais le matériel de l'établissement se compose, en outre, des processus organiques des schizophrénies ; en dehors de cette maladie sans tableau histopathologique où, dans un seul cas, nous avons trouvé des lésions hypothalamiques, en ce qui concerne les psychoses dites organiques, nous avons révélé seulement, dans la minorité des cas, les troubles des centres végétatifs : ceci n'était le cas que pour 9 malades sur 29 (dont 6 n'ont pas été vérifiés d'une façon plus complète : c'est-à-dire 9 cas pour 23). Il faut donc se demander si les recherches sus-décrites ont quelque valeur pour notre matériel. A mon avis, oui. Si nous analysons plus

(1) NEUBERGER. — *Virch. Arch.*, 298, 1936.

(2) NEUBERGER. — *Z. Neur.*, 135, 1931.

(3) DRETLE. — Rapport au XXI^e Congrès Internat. Antialcool., Varsovie, 1937 ; paraîtra prochainement.

(4) VILLARET et collabor. — *Bull. Soc. Méd.*, Paris, 1936 ; *Presse médic.*, 1936, II.

profondément le travail de Cushing, nous pouvons y trouver des indications sur le mécanisme de l'action des centres diencéphaliques que Cushing déclare para-sympathiques. Il résulte de ses observations que les injections répétées de substances para-sympathico-mimétiques dans le III^e ventricule créent les mêmes symptômes que les lésions vues au microscope. Les recherches de Masten and Bounds, de Burdenko et d'autres encore, déjà cités, qui démontrent que l'excitation du pneumogastrique (par faradisation ou par des toxiques) provoque plus facilement les ulcérations que l'excision définitive d'une partie quelconque des centres végétatifs, ont abouti aux mêmes résultats. Ces faits prouvent que les troubles dynamiques passagers peuvent, eux aussi, causer l'apparition de lésions gastriques semblables à celles vues dans les processus cérébraux irréparables. Il devient alors compréhensible que nous n'ayons pu déceler de troubles visibles au niveau du névraxe que dans la minorité des cas organiques, et pour un seul cas de schizophrénie. Pour cette maladie spécialement, le point de vue dynamique a son importance, pleine de conséquences théoriques et pratiques. Il faut ici, en rapport avec les remarques précédentes, citer un récent travail de Tomesco (1) qui, employant une méthode spéciale de gastrographie, aboutit aux conclusions suivantes : les grandes contractions de l'estomac ne se produisent plus dans la catatonie ; les troubles de la motilité sont encore plus grands et plus graves au cours de la digestion que pendant le jeûne. Ces constatations ressemblent aux conclusions que Sheehan et ses collaborateurs (*loc. cit.*) tirent de leurs expériences. Il est difficile à dire d'où vient cette inhibition de la motilité gastrique décrite par Tomesco ; il se peut qu'elle ressemble aux phénomènes inhibitoires aperçus dans les réflexes conditionnels de Pavlov. Sans nous engager dans des hypothèses, un fait reste clair : cette motilité dépend des centres végétatifs cérébraux. Un phénomène très suggestif en faveur de cette conception est d'ailleurs celui de la coïncidence entre l'apparition des ulcérations gastriques et le changement du comportement psychique du malade (voir par exemple le cas 4, comme aussi d'autres encore, non décrits). De même, parle en faveur de cette conception dynamique, l'apparition, chez tous les malades avec ulcérations stomachiques d'acrocyanoses, de trophœdèmes des mains et des pieds, et de symptômes semblables qui sont, comme l'a déjà prouvé, il y a plusieurs années, l'école du Professeur Claude, des symptômes de déséquilibre végétatif,

(1) TOMESCO. — *L'Encéphale*, 1936, I, 212.

spécialement d'un état d' « ectosympathose ». Il est impossible aujourd'hui de dire pourquoi seulement certains malades montrent ces troubles gastriques parmi un aussi grand nombre d'aliénés excités, chez lesquels on perçoit le changement de leur état psychique ou des signes d'un déséquilibre végétatif très vif.

La réflexion sur les recherches décrites plus haut, comme aussi l'analyse approfondie des malades présentés dans la première partie de cette communication avec le symptôme si banal du refus de la nourriture, nous ont amené au champ plus vaste des corrélations pathogéniques entre les troubles gastriques et ceux du système nerveux. Mais, hors de cette partie théorique, un point de vue pratique reste encore. Neuburger a déjà mentionné (*loc. cit.*) que l'étude minutieuse des cas avec mort inattendue ou avec surprises pendant l'autopsie peut nous ouvrir la voie pour sauver des vies qui pourraient encore avoir leur pleine valeur dans la société ; en présence des cas, tels que chez nos jeunes schizophrènes, nous ne pouvons que souscrire à cette phrase. Le matériel présenté nous a amené à examiner, de façon plus complète, au point de vue somatique et psychique, tous les malades refusant de prendre la nourriture.

Même un coup d'œil rapide montre que notre matériel est divisé en deux groupes différents au point de vue tant clinique que psychopathologique. Cliniquement, d'un côté, nous avons des schizophréniques (en minorité), d'autre part, des psychoses dites organiques (29 cas). Les schizophréniques sont des gens pour la plupart jeunes, ne dépassant pas encore la trentaine ; les représentants du second groupe ont tous au-delà de 40 ans. Les premiers expriment plutôt souvent des plaintes sur des maux gastriques ou au moins entériques, mais elles sont imprécises ; tandis que, parmi les seconds, ce sont des cas isolés qui mêlent à leurs énonciations des plaintes sur des maux internes, mais une fois apparues, elles sont plus nettes que chez les schizophrènes. Chez les premiers, les ulcérations gastriques évoluent, pour la plupart, depuis longtemps avant le décès, dans les psychoses organiques, les ulcères apparaissent plutôt comme un des événements finaux ; chez les schizophrènes, l'intervention médicale a alors beaucoup plus de chances que chez les organiques âgés, dont le décours morbide est déjà en lui-même défavorable. Les seconds sont d'un grand intérêt théorique ; les premiers doivent retenir notre attention comme problème thérapeutique.

Le point de vue purement psychopathologique divise notre matériel en deux groupes qui sont différents de ceux traités

plus haut au point de vue clinique. C'est parmi les schizophrènes, comme aussi parmi les organiques, que nous trouvons les plaintes sur leurs maux somatiques, plaintes parfois si précises qu'il est relativement facile de découvrir la maladie somatique ; dans le second groupe les plaintes vagues, très imprécises, sont plutôt surajoutées sur le fond démentiel organique ou schizophrénique. Cette précision des énonciations des aliénés dépend — me semble-t-il — de l'atmosphère générale délirante régissant tel ou tel malade. Sans entrer ici dans des discussions purement psychopathologiques — fussent-elles très intéressantes (1) — il est seulement nécessaire d'indiquer que nous avons chez ces malades : ou bien des sensations réelles, ressenties réellement, mais expliquées d'une façon délirante, ou bien des sensations normales, mais senties de façon anormale (ce qui révèle la méthodique de Weitzsaecker), et ensuite élaborées en délires ; par contre, il était impossible de découvrir des cénesthésies vraies ou des superstructures cénesthésiques sur les sensations normales. Dans cette communication, ce ne sont pas les phénomènes sensitivo-sensoriels qui nous intéressent spécialement ; dans un prochain mémoire, nous nous proposons d'aborder les questions des transformations des sensations normales par la psychique malade ; ici, nous traitons ces phénomènes du point de vue purement pratique. Les cas recueillis plus haut nous ont amené à examiner de façon plus détaillée toutes les plaintes des malades et à élaborer une « phénoménologie des ulcères gastriques chez les aliénés ». Les plaintes répétées constamment, touchant toujours la sphère des délires de la persécution, ou hypocondriaques, et spécialement le fait de se croire intoxiqué, empoisonné, d'avoir le goût changé, d'avoir des sensations drôles dans le ventre, de souffrir de différents maux à cause de la nourriture, des plaintes d'apparence hystérique (d'avoir des animaux dans le ventre), etc., comme aussi le refus de prendre la nourriture confirmé (ou non) par les plaintes ou des délires, indiquent souvent les processus ulcéreux. Nous avons pu, nourris d'expérience faite chez d'autres malades, dans quelques cas, déjà influencer favorablement ce processus par la thérapie et par un régime diététique, et de même faire disparaître le refus de la nourriture ou des plaintes et parfois des délires, liées (plus ou moins directement) avec la maladie gastrique.

(1) Les rapports entre les fonctions du tractus gastro-intestinal et la vie psychique sont soulignés d'une façon de plus en plus décisive par la psychoanalyse, qui a poussé les partisans de cette doctrine à élaborer quelques mémoires sur ce thème.

En relation avec ces remarques, il faut citer les observations relatées ces derniers temps dans la Société Médico-Psychologique à Paris, concernant les morts inattendues au cours de l'alimentation à la sonde. Trillot, Ducoudray et Recaule (1) présentent deux individus qu'ils croient morts par un réflexe inhibiteur pneumogastrique ; malheureusement, l'absence d'autopsie empêche d'en tirer des conclusions. Adam et Hansch (2) relatent un cas qui n'a pas de parenté avec notre matériel. Seul le cas de Baruk, Fouquet, Mathey et Gévaudan (3) mérite d'être discuté. La mort est survenue au bout de 4 jours après alimentation à la sonde ; l'autopsie montre, en plus des lésions vasculaires de l'estomac et du duodénum, « des érosions rouge vif, linéaires, en virgules, de 2 cm. de long et 2 mm. de large ». L'apoplexie gastrique, à laquelle pensent les auteurs, due à des perturbations neuro-végétatives, indique — d'autant plus que la malade, « dès son entrée... se plaint de vagues maux d'estomac » — que les troubles neuro-végétatifs de la muqueuse duraient déjà depuis quelque temps et ce sont seulement des lésions brutales vasculaires qui ont surgi (en quelque sorte secondairement) sur le fond troublé. Des cas semblables sont aussi représentés dans notre matériel. L'alimentation artificielle a pu occasionner cette apoplexie gastrique, mais — que je sache — elle serait incapable de la provoquer à elle seule si la muqueuse était tout à fait saine. Le cas de Baruk et de ses collaborateurs peut être aussi expliqué par des points de vue défendus dans ce travail.

Il faut espérer que l'élaboration de symptômes plus précis chez les aliénés, trahissant des ulcérations gastriques [élaboration difficile en présence des difficultés soulignées récemment aussi chez les sujets normaux au point de vue psychique (4)] nous permettra de les reconnaître au moment opportun et de faire entrer en jeu notre devoir et pouvoir thérapeutique.

(1) TRILLOT, DUCOUDRAY et RECAULE. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1936, II, 367.

(2) ADAM et HANSCH. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1937, I, 129.

(3) BARUK, FOUQUET, MATHEY et GÉVAUDAN. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1937, I, 312.

(4) BON. — *Presse Méd.*, 1937, 1447.

A PROPOS DE L'HYGIÈNE MENTALE

(Quelques réflexions)

PAR

E. MINKOWSKI

I. Comment se pose le problème

« L'hygiène mentale ! » Qui de nous ne souscrirait des deux mains à son avènement ? Sa nécessité, sa raison d'être sont hors de doute. Ses réalisations dans le domaine de l'assistance aux psychopathes : services ouverts, dispensaires, réseau d'institutions pour l'enfance déficiente, qui toutes s'inspirent de l'idée de prévenir, de ramener au strict minimum les mesures de contrainte et de créer une atmosphère de collaboration confiante entre le public et le psychiatre, témoignent suffisamment de la place qu'elle est appelée à prendre dans notre activité professionnelle. Il en est de même du programme de réalisations futures qu'elle trace devant nous.

Le « climat » de l'hygiène mentale paraît ainsi à première vue serein et limpide, et il le serait effectivement si certains aspects du problème ne venaient heurter de front notre attitude générale dans la vie, en nous obligeant ainsi à réviser les idées générales dont se réclame l'hygiène mentale, pour essayer de la situer par rapport à l'ensemble des valeurs qui nous guident dans notre existence. Cette révision nous fera nécessairement dépasser le domaine propre de l'hygiène mentale, mais cela ne doit point nous faire reculer du moment que c'est là le moyen de préciser notre position dans la matière. L'hygiène mentale, au sens large du mot, n'a-t-elle pas aussi pour but d'harmoniser dans la mesure du possible notre vie ?

L'occasion de ces réflexions fut fournie par la loi sur la stérilisation obligatoire, promulguée en Allemagne sous le signe de

l'hygiène mentale. Cette loi détermine chez certains une vive résistance.

Si l'on a à cœur d'être autant que possible sincère avec soi-même en présence d'une réaction de cet ordre, on éprouve le besoin tout d'abord de passer en revue les facteurs subjectifs susceptibles de la déterminer. Il est incontestable que la loi allemande s'inspire de l'idéologie qu'on a coutume de désigner de nos jours du nom de raciale : elle pose comme suprême valeur une race pure, exempte de toute tache comme de toute tare. Cette circonstance pourrait compromettre d'emblée, et pour des raisons affectives, la véritable portée de la loi aux yeux de ceux qui, différents de sang, de mentalité, de formation ou de « race », restent attachés, quant au fondement des relations humaines, à une tout autre conception. Pour intenses et « aveuglantes » que puissent être ces raisons affectives, elles n'en mettent pas moins au premier plan cette question primordiale et générale cette fois-ci, de savoir si l'eugénique doit être assimilée à l'hygiène de la race, qu'il s'agisse d'une race ou des races — « Die Rassenhygiene oder Eugenik », par ces mots débute le rapport de M. Rudin au dernier Congrès — ou si elle ne doit pas être posée sous l'angle de l'hygiène *de l'être et du genre humains*. Car cela doit prêter à réflexion que l'hérédité des maladies mentales affirmée ou du moins pressentie de tous temps en psychiatrie n'ait donné lieu à la mesure raciale dont nous parlons qu'à la faveur d'une idéologie particulière.

On pourra sans doute objecter encore que les individualistes retardent sur notre temps, n'ayant pas su s'élever à cet échelon soi-disant supérieur, où l'individu apprend — de gré ou de force — à s'effacer entièrement devant la collectivité. Nous confessons volontiers que le respect de la dignité humaine constitue pour nous une des valeurs supérieures après laquelle le social ne vient qu'en second lieu. Du reste, sans aller si loin, nous devons reconnaître que notre activité médicale est centrée sur l'individu, comme en témoigne le principe du secret professionnel, base même de notre déontologie. Cette même activité exige de nous — et ce n'est point d'un sacrifice de notre part qu'il s'agit — de faire taire, en présence du malade, nos préférences et nos opinions personnelles pour ne voir en lui que l'être humain qui s'adresse à nous. Et avant d'abandonner ces principes qui font la noblesse de notre profession, pour nous transformer en agents exécuteurs d'une loi, nous y réfléchirons à deux reprises, ou plus exactement nous ne réfléchirons pas du tout parce que la question ne saurait se poser sous cet angle devant nous.

M. Repond écrivait un jour (1), en cédant à ses tendances psychanalytiques, que la résistance opposée à la loi allemande pouvait bien venir du complexe de castration non surmonté par d'autres. Mais, tant que je sache, il serait assez osé d'attribuer les « lumières » de la loi à des complexes de cet ordre, surmontés victorieusement par les zélateurs de la stérilisation, et on serait, au contraire, porté à rétorquer à M. Repond, en restant sur le plan qui lui est cher, que la loi est peut-être due à des tendances sadiques inassouvies. Mais la question vraiment n'est pas là. M. Repond nous donne seulement un exemple de psychologisme excessif qui est à peine de mise ici. C'est que les problèmes soulevés touchent à notre conception de la vie et que là les facteurs affectifs et même passionnels, pour personnels qu'ils soient, ont non seulement leur profonde raison d'être, mais mènent encore nécessairement à des données générales et « objectives » pour lesquelles ils sont le seul instrument de choix, de discernement, de « connaissance ». Ces données engagent, au sens le plus profond du mot, toute notre personne et ne peuvent pas ainsi ne pas avoir un côté passionnel. Toute résistance est loin d'être conservatisme, paresse d'esprit, pusillanimité ou complexes non-analysés ; elle est, au contraire, bien souvent l'expression de ce qu'il y a de meilleur, de plus personnel en nous.

Il paraît ainsi vain de se dissimuler que l'hygiène mentale touche par certains côtés aux problèmes les plus essentiels de la vie. Là, le rôle de l'hygiène mentale, par les conflits auxquels elle peut donner naissance, consiste justement peut-être, non à la subordonner à des conceptions parcellaires et unilatérales, mais, au contraire, à nous libérer de celles-ci, à nous inciter à nous élever à nouveau au-dessus d'elles pour, en dépassant les limites qu'elles nous imposent, restituer dans ses droits l'horizon propre aux relations « humaines ».

Sans critiquer encore les données empiriques sur lesquelles les promoteurs de la loi croient pouvoir s'appuyer, essayons de préciser les caractères généraux qui se dégagent de leur façon de faire et qui président ainsi à la manière dont sont recueillies et interprétées ces données. Deux traits, qui du reste ne sont que l'expression de la même tendance, nous paraissent particulièrement significatifs à cet égard : premièrement, l'hérédité des maladies mentales est considérée uniquement sous le signe négatif, c'est-à-dire sous le signe de la dégénérescence progressive, et

(1) A. REPEND. — Quelques réflexions sur les bases scientifiques de l'hygiène mentale et ses applications. *L'Evolution psychiatrique*, 1935, fasc. 1.

deuxièmement, l'hérédité ainsi conçue est par là même entièrement détachée de l'ensemble de la vie et transposée sur le plan rationnel sous forme d'un fait isolé et précis, nous incitant à intervenir d'une façon active pour le supprimer. En d'autres termes, il existe un fait négatif, c'est l'hérédité des maladies mentales, *la nature ne fait rien ou en tous les cas pas assez pour l'écarter*, c'est donc à nous de nous substituer à la nature défaillante pour le faire. De là comme conclusion « logique » la loi. L'expérience pourtant nous a montré déjà que cette séparation outrancière d'un fait isolé de l'ensemble des facteurs qui s'y rejoignent et le raisonnement simpliste qui préconise sa suppression pure et simple, ne mènent pas toujours au but. L'échec du prohibitionnisme est assez démonstratif à ce point de vue. M. Repond en analyse, dans son rapport, présenté au récent Congrès International d'Hygiène mentale à Paris, les raisons, en insistant plus particulièrement sur la méconnaissance des causes affectives qui peuvent être à la base de l'abus de boissons fermentées. Et pourtant celles-ci sont des produits de l'activité de l'homme et non des faits de la nature comme l'est l'hérédité, bien plus complexe, bien plus mystérieuse pour cette raison ; et puis, quant à l'atteinte portée à l'être humain, justement dans ses droits « naturels », mettre quelqu'un dans l'impossibilité de boire est tout autre chose que de le stériliser par ordre d'une loi.

Ici revient à l'esprit encore une fois ce qui a été dit plus haut. La loi de stérilisation n'est point née d'une découverte nouvelle, comme cela a eu lieu, par exemple, pour toutes les mesures prophylactiques issues, par un rayonnement spontané, de l'œuvre de Pasteur. Elle ne procède d'aucune découverte de cet ordre ; elle est seulement la « trituration » d'un fait pressenti de tous temps, trituration consistant justement dans une mise arbitraire de côté de tous les facteurs complexes et variés qui viennent s'y entrecroiser. Et si l'on nous objecte qu'il en est de même au fond pour les mesures d'assistance aux psychopathes mentionnées au début de cette étude, il suffira de dire que ces mesures s'adressent directement aux psychopathes et cherchent ainsi, en étendant notre champ d'action *positive* à leur égard, d'atteindre par là même, dans une atmosphère de collaboration confiante comme nous le disions, la société, tandis qu'au contraire la loi de stérilisation porte une atteinte nouvelle à ceux qui cherchent auprès de nous appui et secours. Il en est de même encore lorsque M. Rudin met la loi de stérilisation sur le même pied que l'instruction obligatoire ou bien que l'obligation de payer les impôts ou de faire son service militaire.

Il se peut du reste que cette simplification logique des phénomènes de la nature et de la vie soit caractéristique de notre temps. C'est d'elle probablement que souffre surtout notre époque. Progresser, améliorer le sort des hommes ou de la société, par l'intermédiaire d'une race, d'une classe ou d'un groupe, détacher ces facteurs du fond vital qui les sous-tend, centrer ensuite son activité sur l'idée de lutte contre quelqu'un, qui en résulte, tel est souvent le tableau que nous voyons devant nous. « L'humain » en a disparu entièrement dirait-on. Pour « agissant » que puisse être ce tableau sur certains plans de l'existence, il n'épuise jamais, aussi peu que ces plans, toute la vie. Et lorsque cette mentalité pénètre partout, lorsqu'elle nous fait apprécier en toute occasion nos semblables non selon leur valeur intrinsèque, mais selon leur origine, leur condition sociale ou la couleur de leurs cheveux, la vie semble s'appauvrir singulièrement puisque violence est faite à sa base la plus profonde : à l'humain. Et c'est là qu'involontairement on arrive à souhaiter que l'humanité puisse enfin, débarrassée de ses « sauveurs » farouches, chercher son salut elle-même. Pourtant, ce salut, l'humanité ne peut le chercher que par la voix des hommes, ou même, par la voix de l'homme.

De nos jours, nous construisons laboratoires et instituts de recherches, et volontiers nous les montrons aux visiteurs étrangers qui en font de même, à notre égard, lorsque nous allons chez eux. Les possibilités sont là presque illimitées, et les installations somptueuses nous font oublier parfois l'esprit qui doit venir les animer. Pourtant, les grandes découvertes ont été presque toujours faites dans de petits laboratoires de fortune ; elles n'ont donné lieu que par la suite à la construction de palais ; et l'élan créateur, dédaigneux de ces palais, semble rechercher déjà d'autres voies, plus simples, plus immédiates, pour se maintenir en contact avec la source de la vie. Ainsi, dans la science elle-même, ce qu'il y a de plus précieux, ce ne sont peut-être point ses acquisitions qui, en temps de guerre, se retournent avec une telle violence contre le genre humain, mais l'*esprit scientifique* qui, *désintéressé et objectif* par essence, est un des moyens pour nous élever au-dessus des plans parcellaires de l'existence, pour nous incliner en commun devant la grandeur de la nature et de l'effort humain centré, non plus sur l'idée de lutte et de domination, mais de connaissance, de compréhension et d'intimité profonde. C'est la nature qui dévoile ses secrets à l'homme auquel elle a donné elle-même naissance et qu'elle inspire... Serait-ce donc l'amorce d'une campagne contre les laboratoires ? Non, certes. Que faut-il en conclure dès lors ?

Nous arrivons au point où il devient clair que l'hygiène mentale ne peut être considérée en elle-même. Elle comporte les mêmes difficultés et les mêmes dangers et peut donner lieu aux mêmes déformations, aux mêmes errements que toute activité « dirigée ». C'est dire qu'au sujet de l'hygiène mentale, se pose le problème de l'ordre des valeurs, ainsi que le problème de la portée de notre action, en général, à l'égard de nos semblables.

La santé — et encore faudrait-il savoir ce qu'est la santé mentale — est une valeur incontestable, mais ce n'est ni l'unique ni la suprême valeur dans la vie. Nous ne nous attarderons pas à cette anecdote qui raconte qu'un homme est mort d'ennui à force de vouloir vivre hygiéniquement. C'est une simple boutade ; mais comme toute boutade, celle-ci contient aussi un brin de vérité. Chacun de nous, au fond, éprouve le besoin de conserver en soi un petit coin, une zone réservée qui reste bien à nous et sur laquelle ne viennent point empiéter des prescriptions extérieures, pour hygiéniques et salutaires qu'elles soient ; la possibilité de quelques écarts personnels, de quelques infractions, fait partie de l'atmosphère que nous voulons respirer ; il existe, là comme ailleurs, une « zone de tolérance » qui demande à être respectée, et être entièrement « embrigadés » nous paraît, ou mieux devrait nous paraître, toujours intolérable, même là où il s'agit de notre santé.

D'autres situations sont, du reste, plus probantes encore. Un muscle fort et souple a, certes, de la valeur, mais s'il ne sert qu'à asséner des coups sur la tête d'un voisin moins favorisé à cet égard, ne devient-il pas un instrument dangereux et méprisable ? De même, s'il est dit que toutes les manifestations de la vie, à savoir, l'art, la science, la religion, l'enseignement et l'activité médicale, devraient s'imprégner entièrement des principes de l'eugénique raciale, nous ne serons pas surpris de voir une résistance vive, et combien justifiée, se faire jour à l'égard de tels propos. C'est que nous nous trouvons là en présence d'une surévaluation outrancière de l'idéologie hygiéno-raciale à laquelle pourra être opposé dès lors, de plein droit, un ordre de valeurs tout différent et plus proche peut-être du vrai sens de l'hygiène mentale. Celle-ci ne doit-elle pas, avant toute autre chose, chercher à diminuer aussi bien la misère morale que la misère sociale, en assurant à tout citoyen, à tout être humain, le minimum de soleil, de pain, d'air, mais aussi « d'atmosphère morale », nécessaire pour sa vie ? Si elle a vraiment à cœur de remplir son rôle, l'hygiène mentale ne saurait passer sous silence certaines mani-

festations « politiques », raciales ou non, de la vie contemporaine, car son rôle essentiel est peut-être, à l'instar de l'esprit scientifique, de s'élever, dans un élan désintéressé, au-dessus des idéologies parcellaires pour juger d'en-haut, hardiment, les méfaits qu'elles comportent à l'égard de la vie mentale de l'être humain.

II. L'élan vers.....

Nous voilà ramenés à ce, qu'à un autre endroit, nous exposions d'une façon détaillée. Nous avons en vue avant tout l'analyse de l'élan vital et de l'élan personnel (1).

Notre vie est portée par l'élan vers..., bien plus primitif, bien plus profond que les volitions isolées, que les buts et les programmes parcellaires, cet élan primitif débordant toujours, dans son envolée puissante, ces volitions, ces buts, ces programmes. Il leur sert de matrice vivante et ouvre largement la perspective de l'avenir devant nous, de cet avenir vers lequel vont notre effort, nos aspirations, notre recherche foncière du mieux et sans lequel notre vie se transformerait en cimetière, pour riches et somptueux que soient ses monuments funéraires.

Cet élan nous dévoile, dès sa naissance même, cette *solidarité* foncière, sur laquelle il repose, entre notre élan personnel et l'élan vital en général. A partir du moment où je le sens naître en moi, il pénètre, par là-même, en tout ce qui a trait à la vie autour de moi pour y trouver sa source première, et d'autre part, il ne saurait ne pas se manifester en moi du moment qu'il existe dans cette vie ambiante qui porte toute mon existence. Il n'y a point place là pour une séparation tranchée du moi et du devenir ambiant. Ils communient intimement. L'être humain aspire vers le mieux et la vie tout entière en fait tout autant. Il ne s'agit point là d'une comparaison objective, ni d'un accord constaté à la suite de pareille comparaison, ni d'une harmonie préétablie entre deux séries d'événements, mais d'une donnée primitive et indivise qui, d'emblée, vient sceller un pacte profond entre l'être humain et la vie qui lui donne naissance, entre la vie et l'être humain qui lui donne tout son sens.

Double mouvement ainsi : l'élan de l'être humain et l'élan de la vie, mais qui, solidaires l'un de l'autre, ne font qu'un au fond. Dans leur poussée commune vers l'avenir, dans leur intrication

(1) « Le Temps vécu », Le phénomène de l'élan, p. 34 et L'élan personnel, p. 39.

intime, portés l'un par l'autre, ils s'écoulent harmonieusement, en dépit des écarts et des heurts apparents, qui peuvent venir de ce que l'être humain, dans son élan personnel, cherche à devancer son temps, à créer de l'inédit, à produire ce qui n'a pas existé jusque-là. L'écart ne devient jamais assez grand pour signifier une réelle rupture ; le devenir emboîte le pas à l'œuvre personnelle pour n'en faire qu'une manifestation de sa propre vie. Et c'est ce double mouvement que nous devons toujours avoir vivant devant les yeux pour y puiser notre inspiration, lorsqu'il ne s'agit plus de fabriquer de nos mains des outils pour nos usages domestiques, mais de la ligne de conduite à adopter à l'égard de nos semblables, de la nature et de la vie. Et c'est toujours un signe de décadence lorsque l'homme, dans son orgueil, en faisant violence aux données essentielles de la vie, croit trouver en lui seul les forces nécessaires pour fabriquer, pour façonner celle-ci.

C'est de ces données essentielles que procède cette foi intuitive et profonde dans la possibilité, pour tout être humain, de rechercher, en puisant pour cela les forces dans son for intérieur, le mieux et d'y aspirer, foi qui vient s'appuyer sur cette conviction plus profonde encore, solidaire de la première, que la vie elle-même tend vers le mieux et y aspire. De sorte que lorsqu'un jour, sur un plan plus proche de la vie quotidienne que de la vie tout court, nous arrivons à détacher de cette vie l'être humain, à ne le considérer que comme un incident plus ou moins contingent, la foi inébranlable dans la vie et dans sa progression essentielle vers le mieux persistera ; fiction, du reste, car la vie et l'homme, dans leur aspiration commune, ne font qu'un et ne sont guère viables l'un sans l'autre.

Le facteur de *solidarité* foncière entre notre élan et l'élan de la vie donne facilement, et presque nécessairement, lieu à des déformations rationnelles et verbales. Il le fait en deux sens. Il permet tout d'abord de couvrir les pires aberrations, les pires barbaries, les pires manifestations de décadence, puisqu'il suffit, en se référant à lui, d'exprimer *verbalement* sa conviction qu'on est dans le droit chemin pour se mettre à l'abri, semble-t-il, de toute objection. Il peut, en second lieu, mener au « raisonnement » suivant : du moment que la vie tend par elle-même vers le mieux, il n'y a qu'à la laisser faire et s'abstenir soi-même de toute intervention.

Ces assertions sonnent faux à nos oreilles. Elles témoignent déjà d'une perte de contact avec la source même de la vie, d'un écartèlement rationnel de la solidarité foncière sur laquelle

celle-ci repose. C'est que la vie ne tend vers le mieux que dans la mesure où nous cherchons à le faire nous-mêmes, et nous, nous ne pouvons le faire que dans la mesure où nous laissons jaillir notre élan de la source profonde que nous portons en nous et qui n'est autre que celle de la vie. Agir selon une formule, pour élevée qu'elle soit, appauvrit à la longue notre action, en nous transformant en êtres susceptibles d'obéir à un commandement, en nous privant de ce jaillissement spontané de l'élan qui nous fait « revivre » chaque fois à nouveau le commandement, qui nous le fait retremper chaque fois à nouveau dans la richesse inexprimable de la vie que nous sentons palpiter au fond de notre être.

Les déformations énoncées nous apparaissent ainsi comme caractéristiques de cette situation unique que nous avons devant les yeux, en ce sens, qu'intuitive par essence, celle-ci se dessèche et dépérit au contact de toute formule verbale, de tout raisonnement trop logique, de toute inversion, de tout écartèlement du double mouvement qu'elle implique. Ces déformations sont probablement inévitables ; elles résident dans notre organisation particulière, représentent des dangers indispensables — comment vivre sans nul danger ? — dans notre existence. Mais nous aurons à cœur maintenant de nous tenir en garde contre les exagérations aveugles et néfastes des dites déformations.

Cela nous ramène, encore une fois, à la structure même de l'action humaine. Prenant naissance au fond de notre être, y déterminant la dimension en « profondeur », au sens spirituel du mot, nous permettant de nous sentir solidaires de la vie, l'action se précise et prend corps, en s'intégrant par ce qu'elle produit au devenir ambiant. Vie-temps à sa source, elle change de « principe » et devient vie dans le temps là où elle débouche. De là, apparemment, une antinomie ; mais celle-ci fait, au fond, partie de notre vie. Elle ne devient insurmontable que lorsque nous séparons, outre mesure, ses deux termes. C'est là justement un des dangers de l'existence. Allant du centre à la périphérie, l'action semble vouloir entraîner toute notre personne dans son sillage. Elle possède, dirait-on, une force d'absorption si grande que nous ne sommes pas toujours à même d'y résister. Elle nous fait alors situer toute notre vie sur le plan de sa « périphérie », c'est-à-dire dans le temps, où tout doit avoir des limites précises et tranchées, où dominent les juxtapositions, les antithèses, les règles logiques, les principes de contradiction et d'exclusion de l'opposé, les idées de luttes et d'extermination. En suivant cette voie, au lieu de chercher à découvrir ce qu'il

peut y avoir de bon autour de nous pour, en s'inspirant de ce côté positif de la vie, tendre vers le mieux, tout en recueillant en cours de route, sur ce chemin, des connaissances nouvelles, relatives à la vie, à la nature et à l'homme, et toujours en harmonie avec cette tendance, on préfère, pour justifier son prétendu attachement au progrès, voir globalement, dans certaines formes isolées de la vie présente, le mal et, en en faisant une sorte de « plate-forme » de son activité, tracer, devant les yeux de ses semblables, un paradis terrestre, résultat de la suppression radicale, logique du mal actuel. Et de plus en plus oublieux des sources vives et humaines de l'action, on glisse ainsi vers la périphérie. L'atmosphère devient irrespirable.

Pour améliorer on veut avant tout supprimer. On glorifie, dans cet esprit, l'homme d'action sans se préoccuper de ce qui le guide au fond, en perdant de vue que l'action ne s'impose d'une façon absolument impérieuse que là où notre vie, au sens spirituel du mot, est mise en cause. La vie donne ainsi l'impression fâcheuse d'être sursaturée d'activité. Sa capacité à ce point de vue semble être largement dépassée, les frontières de son intimité brutalement violées. Pour pouvoir « agir », on crée artificiellement des débouchés nouveaux. C'est là que doit être aussi recherchée probablement la genèse de la loi de stérilisation obligatoire. C'est là probablement l'explication de ce que l'hérédité des maladies mentales, formulée seulement un peu plus « scientifiquement » de nos jours sous forme de quelques chiffres squelettiques, ait donné lieu à une loi allant à l'encontre de toute notre activité médicale, compromettant au plus haut degré nos relations avec nos malades, lésant les intérêts de l'individu, sans même que soit discuté ce que nous pourrions appeler la « tolérance » de la société dans ce domaine, c'est-à-dire la question de savoir si, effectivement, dans notre époque, un accroissement de troubles mentaux fait courir des risques tels à la société qu'il faille passer outre à tout ce que la loi nous fait « perdre ». A la place de toutes ces considérations, nous trouvons le raisonnement beaucoup plus simpliste que nous avons mis en lumière plus haut. Un nouveau champ est conquis du même coup pour l'action dite « héroïque ». Cette conquête détermine pourtant une profonde résistance.

Cela ne veut point dire qu'il faille prêcher l'abstention, cette abstention se situant au fond sur le même plan que l'excès d'activité, mais qu'il est temps de faire intervenir à nouveau ces facteurs « vivifiants » de l'existence qui, en procédant de la solidarité foncière de l'homme et de la vie, ont pour mission

d'assouplir notre action, de la rendre plus humaine, plus créatrice, quand bien même notre champ d'action, dont nous nous enorgueillissons à tort, se trouverait apparemment diminué, à la suite « d'abstentions » profondément ressenties, par rapport à des mesures préconisées ou par rapport à des formules présentées comme souveraines, comme véritable expression de la « force humaine ». M. Bergson semble avoir exprimé, d'une façon lumineuse comme toujours, ces profondes préoccupations de l'heure présente. Dans son message adressé au Congrès Descartes, il dit : « Il faut penser en homme d'action et agir en homme de pensée. »

Ce n'est guère la place d'examiner ici en détail ce côté du problème. Nous nous bornerons à quelques indications sommaires, prises presque au hasard. La quantité de produits pharmaceutiques prête à bien des réflexions ; elle ne saurait être mise en rapport direct avec les progrès de la thérapeutique médicale. L'appendice a, il n'y a pas longtemps encore, été considéré comme ennemi n° 1 ; des familles entières, les gens de maison inclus, y passaient ; il a été même question d'enlever à tous, à titre prophylactique, l'appendice, cet organe « inutile ». Quelques psychanalystes — ils ne sont du reste qu'exception — ont envisagé, au même titre, l'analyse de tous les enfants, en donnant la meilleure preuve ainsi jusqu'à quel point l'aveuglement déterminé par certaines conceptions outrancières fait prôner des moyens artificiels fabriqués par l'homme au détriment des facteurs naturels conditionnant le développement de l'enfant avec toutes les difficultés que, naturellement, il doit comporter. De même, on parle souvent de névrose familiale, ce qui évidemment justifie de soumettre à un traitement dit approprié tous les membres de la famille, l'un après l'autre, et cela sans que le moindre essai ait été fait pour déterminer ce qu'est en général la vie de famille dont nous ne connaissons, à vrai dire, rien et dont les éléments dits « névrosiques » peuvent fort bien constituer une partie intégrante. Au fond, à y regarder de plus près, là aussi une exagération du négatif, du « pathologique », détaché de l'ensemble auquel il appartient, et comme conséquence, une exagération de l'activité « salutaire » destinée à le supprimer radicalement. Ce sont les mêmes principes, plus exagérés encore, qui se retrouvent, comme nous l'avons vu déjà, à la base de la loi de stérilisation, avec encore cette circonstance aggravante qu'il s'agit là d'une prescription légale imposée au médecin et allant à l'encontre de son vrai rôle.

Il est, sans nul doute, utile de vulgariser nos connaissances,

mais il faut se garder aussi de répandre exagérément l'idée de déséquilibre mental, d'exploiter, au détriment du public, notre ignorance de ce qu'est le prétendu équilibre, d'augmenter l'anxiété et l'appréhension à ce sujet, d'appliquer des traitements complexes là où des idées plus saines d'ordre général devraient être répandues et où le « malade » pourrait ainsi venir à bout tout seul de ses malaises et de ses difficultés. N'a-t-on pas parlé d'un véritable *furore therapeuticus* ? En réalité, un peu plus de discrétion à l'égard de l'être humain de la part des thérapeutes, et plus particulièrement des psychothérapeutes, paraît de mise. Car il ne faut point oublier que, comme le courage ne consiste point à ne pas avoir peur et à faire le casse-cou, mais à savoir faire, en dépit de la peur, plus que motivée dans certaines circonstances, ce qu'il y a lieu de faire, de même l'équilibre mental ne réside point dans un état d'équilibre réel à l'instar d'une mare grise et stagnante, mais dans la faculté de surmonter les facteurs parasites, « névrosiques », qui font normalement partie de la vie mentale, et qui, en entretenant le déséquilibre nécessaire à la vie, peuvent être aussi la source d'une activité créatrice.

Ainsi se pose, devant l'hygiène mentale, la question de savoir si elle doit se cantonner dans un domaine restreint au risque de partager, dans ce domaine, les exagérations de l'idéologie courante, ou si, au contraire, elle doit, en prenant conscience du rôle qu'elle peut jouer, s'élever par delà, nous aider à desserrer les liens dont nous enchaîne cette idéologie, tenir compte, enfin, de toutes les conditions nécessaires à une vie humaine meilleure, d'une vie qui mérite d'être vécue, d'une vie conforme à la vraie condition humaine.

III. Différenciation de la solidarité première

Nos considérations pourront paraître vagues et trop générales. Mais nous ne cherchons point à remplacer une formule par une autre ; nous nous efforçons, au contraire, de jeter un regard par delà les formules pour nous rapprocher de la vie, pour nous remettre dans « l'axe » de celle-ci.

Partant de là, nous pourrions du reste faire un pas vers des faits plus concrets. Nous avons parlé plus haut de la solidarité foncière de l'élan personnel et de l'élan vital en général. Cette solidarité semble maintenant pouvoir être différenciée, se manifester sous des formes plus précises que, toutes, elle porte en elle.

L'être humain, dans ses aspirations, est solidaire de la vie. Mais l'être humain n'est pas un, il est nécessairement multiple, et chaque être humain, également solidaire de la vie et également porteur de celle-ci, possède une valeur égale, représente la valeur suprême qu'on puisse imaginer. L'humain pénètre ainsi dans la vie et la remplit de son souffle. L'égalité des hommes s'affirme, non seulement devant la mort, mais encore dans, ou mieux, *devant* la vie. Sans doute, il ne s'agit pas là des hommes tels que nous en révèle l'existence l'observation journalière, avec toutes les différences biologiques, sociales, nationales, morales qui les distinguent les uns des autres, avec toutes les faiblesses, avec toutes les déficiences, avec toutes les viletés qui sont leur propre. Il s'agit bien davantage de la catégorie vitale : être humain, bien plus primitive que toutes ces observations et que nous portons tous en nous. Elle relève peut-être davantage du monde des aspirations que du monde des faits, mais elle n'en est pas moins réelle et agissante pour cela. Elle affirme son autonomie par cette simple circonstance qu'elle se trouve justement en contradiction avec les faits observables et n'en saurait être déduite en aucun cas. Elle se traduit aussi, entre autres, par ce sentiment profond, irraisonné, inébranlable de *la valeur de toute vie humaine*, non au sens biologique ou même social du mot, mais en ce que cette vie relève directement de la solidarité foncière et nous impose d'emblée *le respect de sa dignité*. Sous le signe de sa valeur et du respect de sa dignité, se détache ainsi la vie humaine de la vie tout court.

La justice est peut-être la vertu suprême, du fait qu'elle procède directement, par delà toutes les différences observables, de cette égalité vécue dont il vient d'être question. La moins humaine puisque la moins à la portée des hommes à cause des influences partisans ou encore des intérêts personnels auxquels ceux-ci cèdent si facilement, elle est en même temps la plus humaine puisque, par essence, n'impliquant aucune différence, aucune distinction entre êtres humains, elle est appelée à constituer le rempart le plus solide de leur vraie dignité dans l'égalité.

Et la grandeur de notre profession, pour le dire encore une fois, consiste probablement en ce qu'elle nous enseigne de voir dans le malade uniquement le malade et rien d'autre.



Sur ce plan, la première activité qui semble s'imposer à nous à l'égard de nos semblables, est *l'éducation*. Sans doute, là aussi,

il ne s'agira point de l'application de telle ou telle autre méthode nouvelle préconisée par la pédagogie, mais du phénomène général de l'éducation qui trouve une résonance si profonde en nous, qui est appelé à la vie en même temps et au même degré que le sont les êtres humains. Que nous le voulions ou non, nous faisons tous, bien ou mal, œuvre d'éducateurs. Cette œuvre, comme l'éducation elle-même, sont à peine définissables, mais cette difficulté témoigne, non d'une incapacité de notre part, mais du caractère primitif, fondamental du phénomène même de l'éducation. Pour indéfinissable que soit celle-ci, pour peu saisissables que soient ces résultats, nous sentons le rôle auquel elle est appelée dans la vie et ne saurions nous en passer. Le but qu'elle poursuit instinctivement, d'une façon inéluctable, c'est d'effacer, dans son domaine, les différences dès leur apparition, c'est, après avoir fait un pas en avant, de faire emboîter le pas aux autres, de les mettre tous à nouveau au même niveau, et cela toujours dans le sens de l'élévation, c'est-à-dire en élevant l'inférieur au rang du supérieur, ou plus exactement de l'insensiblement supérieur, puisqu'il ne faut jamais laisser l'écart devenir trop grand, puisqu'il faut toujours accepter le supérieur uniquement à l'état naissant, comme indication pour l'inférieur qui doit le suivre, et non comme chose faite et constituée. Les connaissances acquises, nous voudrions les mettre à la disposition des autres, comme nous voudrions aussi les voir bénéficier de cet esprit scientifique qui se concrétise sous forme de ces connaissances, sans en faire des « scientifiques » pour cela. Quant à la tendance vers le mieux, son vrai sens n'est-il pas d'entraîner les autres dans son sillon ? L'être humain le fait du reste tout autant, sinon plus, que par les paroles, les sermons et les gestes, par l'atmosphère morale qu'il crée autour de lui. Servir d'exemple n'est plus un vain mot dès lors. Et l'éducation s'avère ainsi comme une des relations fondamentales d'homme à homme. Elle contribue à créer ce que l'on pourrait appeler le *niveau pédagogique social* d'une collectivité, la meilleure garantie probablement de la santé mentale des générations à venir.

Valeur de la vie humaine, respect de la dignité humaine, justice, éducation, tels sont les principes sur lesquels nous devrions faire reposer l'hygiène mentale si réellement nous avons à cœur de servir la cause de la santé morale et mentale de l'être humain, et non poursuivre, au détriment d'autres valeurs, l'idée étriquée

de l'hygiène des races, brutalement et artificiellement détachée de l'ensemble de la vie. Et ici, encore plus qu'ailleurs, les moyens comptent tout autant que le but, car l'examen des moyens nous permet parfois de nous rendre compte du caractère abstrait, du caractère « inhumain », parce que exclusivement « fabriqué » par les hommes, du but.

L'hygiène mentale, pour subsister, doit rester une activité médicale, au sens le plus large et le plus élevé du mot, et non s'inspirer d'une idéologie restreinte et partielle. Son premier but est probablement de créer une atmosphère propice au libre développement de tout être humain et de combattre toutes — mais bien *toutes*, sans nulle exception — les entraves que la vie quotidienne, avec les misères qu'elle implique, mais aussi que les idées unilatérales et bornées des hommes viennent opposer à ce développement. Elle doit ainsi être portée par une tendance morale profonde sans laquelle elle devient facilement l'instrument de conceptions allant à l'encontre de la marche naturelle de la vie en avant.

Son principal moyen d'action est l'éducation. Elle sait que l'on ne force pas les hommes à vivre hygiéniquement, mais qu'on les y éduque. Sans doute, l'éducation demande du temps et des mesures exceptionnelles peuvent s'imposer en cas de danger imminent. Mais encore faut-il que le danger soit réel et ne pas oublier que, de cette façon, on s'écarte, poussé par les circonstances, de la vraie voie. M. Rüdin, dans son rapport, exprime aussi l'espoir qu'un jour, grâce à l'éducation poursuivie dans ce sens, les intéressés comprendront les bienfaits de l'eugénique qu'il préconise et l'accepteront. Mais d'ici là, la stérilisation paraissant absolument urgente, il l'impose. Il le fait pourtant sans même se demander ce que l'on perd, du point de vue de l'hygiène mentale elle-même, en procédant ainsi. Et puis, est-ce vraiment tellement urgent ?

IV. Le schématisme de la loi de stérilisation obligatoire en regard du problème de l'hérédité et de celui de l'aliénation mentale

Notre élan nous donne la foi en nous-mêmes et dans la vie. En effet, si nous sommes arrivés à quelque chose, si nous continuons de vivre, de désirer et d'aspirer, si nous pouvons encore avoir confiance en ce que nous entreprenons, n'est-ce point la

meilleure preuve que les hommes, solidaires de la nature, ont puisé en elle les forces suffisantes pour avancer ? Ce ne sont point seulement les hommes qui savent « guérir » et panser les blessures, la nature et la vie le savent fort heureusement aussi. Et c'est portés par ce mouvement commun que nous voyons la perspective de l'avenir s'ouvrir toute grande devant nous, perspective qui maintient notre espérance en dépit des calamités qui peuvent nous atteindre dans le présent ou dans l'avenir immédiat. C'est dans cette direction que doit s'engager notre activité.

Nous perdons cette direction « naturelle » lorsque, en nous laissant absorber par les principes du bout périphérique de l'action, nous détachons de l'ensemble de la vie, à l'aide d'une idée, un fait, l'envisageons uniquement sous le signe du négatif et voulons le supprimer par nos propres moyens. Là, en croyant progresser, nous marchons en sens inverse, dans une direction opposée à celle de la nature et de la vie.

Nous ne combattons plus systématiquement la fièvre depuis que nous savons qu'elle peut stimuler les forces défensives de l'organisme. Nous ne le faisons que lorsque, par elle-même, elle devient un danger. Et dans cette conception nouvelle nous voyons un réel progrès, un progrès qui nous remet dans l'axe de la marche de la nature.

Tout dans la vie n'est point opposition et lutte, ni lutte des hommes, ni lutte des collectivités, ni lutte de forces négatives et positives. Aucun des facteurs que nous discernons dans la vie ne personnifie, à lui seul, ni le salut, ni la perte. La source de la vie palpite bien au-delà de cette couche superficielle et rigide dans laquelle nous voulons parfois l'emprisonner et c'est de cette source que jaillissent nos aspirations profondes et humaines.

Tout dans l'hérédité des maladies mentales n'est pas du négatif, et le progrès de l'humanité ne consiste point à prôner cette idéologie et cette activité qui doivent permettre à l'hygiéniste de « s'élever » soi-disant jusqu'à trouver le courage d'éliminer, purement et simplement, de ses mains, le mal.

La loi de stérilisation risque de stériliser, en premier lieu, la psychiatrie et le psychiatre. Elle augmente singulièrement la barrière entre ceux-ci et le malade. Elle met de côté toute la richesse des faits dont a à s'occuper la clinique psychiatrique pour ne s'intéresser qu'au calcul schématique du « pronostic héréditaire » (Erbprognose). Elle le fait parce qu'elle cherche avant tout une justification *à posteriori* pour son action.

Elle néglige ainsi, plus ou moins consciemment, les facteurs de régénérescence progressive qui interviennent à côté de la dégénérescence, ainsi que les moyens dont se sert la nature elle-même pour éliminer de la procréation les individus tarés. Elle supprime, oublieuse de ce que la nature, si elle supprime, crée en même temps et demande à être suivie et non à être dérangée dans son œuvre. Pourtant, des recherches généalogiques faites sur une large échelle, poursuivies pendant plusieurs générations, tenant compte de tous les membres de la famille, nous permettent de dévoiler quelques secrets de la nature, d'acquérir quelques aperçus sur les procédés dont elle se sert pour endiguer d'elle-même le mal (Mme Minkowska). Tout n'est pas rose dans ces aperçus, mais tout non plus n'y est point noir. Du reste, que l'humanité n'ait point succombé, au cours des siècles, à la dégénérescence progressive, n'est-ce point une preuve que des forces réparatrices y jouent constamment ? Sans doute, la nature prend son temps pour accomplir son œuvre régénératrice ; il lui faudra plusieurs générations pour réduire au silence, soit par régénérescence progressive, soit par élimination de la procréation d'individus tarés, la maladie dans une famille. Mais est-ce que réellement la situation est si tragique que l'homme soit acculé, par un acte de désespoir bien plus que par un acte d'héroïsme, à faire intervenir son couperet dans la lutte contre les maladies mentales ? Et faut-il donc que l'homme, à l'encontre de la nature, prenne pour mesure de son activité la durée de sa propre vie et y cherche à réaliser, avec hâte, et à la faveur d'une idéologie parcellaire, le maximum de mesures « salutaires » ? Certes, en nous inspirant des recherches généalogiques dont nous venons de parler, nous n'avons que des conseils et un long travail éducatif à proposer, bien peu de chose à première vue en regard de la loi radicale de stérilisation. Mais encore faudrait-il se demander : ce « peu », que veut-il dire ? Pour nous, la perspective qui s'ouvre ainsi paraît, au contraire, immense, car elle se trouve justement dans l'axe de la marche de la nature vers l'avenir, dans l'axe aussi du but de l'hygiène mentale qui s'en inspire. Et puis, surtout, elle nous incite à nous pencher, toujours à nouveau, sur les faits que nous voulons étudier pour y puiser des connaissances nouvelles qui viendront stimuler notre activité médicale et éducative. Et la vérité en marche a cent fois plus d'attrait que la « vérité » acquise qui se fane et se brise dans nos mains malhabiles.

Enfin, que savons-nous de l'aliénation mentale replacée dans l'ensemble de la vie ? Sans doute, les maladies mentales sont

des maladies et il importe d'explorer leurs causes et d'essayer de les guérir et de les prévenir dans la mesure du possible. Mais à côté des causes organiques ou psychologiques explorables scientifiquement, quelles sont les forces plus profondes qui se manifestent aussi, *entre autres*, dans l'aliénation mentale ? Les maladies mentales ne seraient-elles pas des ratés presque inévitables sur la voie que ces forces *positives et créatrices* empruntent pour leur extériorisation, pour s'exprimer et aboutir à des formes plus précises. Ces forces, du reste, n'ont rien d'occulte ni de mystique, comme elles n'ont, non plus, rien d'énergétique en elles. Elles procèdent seulement de ce fait que, à côté de l'enchaînement (causal) des faits dans le temps, il existe la vie-temps avec les phénomènes essentiels, avec les « forces » qu'elle porte en elle. Sur ce plan, ces forces ne sauraient être que positives, comme l'est la vie elle-même. Et s'enquérir de ces forces n'a encore rien de métaphysique en soi ; ce n'est qu'un complément d'enquête à propos de l'aliénation mentale, non plus détachée de la vie, mais replacée dans l'ensemble de cette vie, à la recherche de connexions étroites avec les phénomènes générateurs qui peuvent lui donner naissance. Un complément d'enquête de cet ordre s'impose de nos jours, plus que jamais, dans tous les domaines de la vie et est peut-être l'acquisition essentielle de notre présent, à nous.

Cela nous ramène à la question tant discutée de la parenté entre l'aliénation mentale et l'acte de création auquel accède exceptionnellement l'être humain. On a émis même l'idée, en partant de cette affinité, de rechercher les moyens de cultiver les génies. C'est là cependant une aberration rationnelle du même ordre que la loi de stérilisation. Le génie cultivé, sorti de nos mains, cesserait d'être génie ; il ne pourrait être qu'une mécanique plus ou moins perfectionnée, car il serait privé de son privilège essentiel, celui de sortir librement, spontanément, dans la grandeur inégalable de son élan créateur, de la source même de la vie. Cela prouve déjà que le phénomène de la création échappe à toute investigation strictement scientifique, qu'elle soit biologique, psychologique, sociologique ou autre, comme toute mesure qui pourrait découler d'une telle investigation ne peut que le briser. Il en est de même des relations entre le génie et l'aliénation mentale. Loin de nous évidemment l'idée de faire « l'éloge » de la folie. Mais cela ne doit point nous empêcher de l'envisager sous tous ses aspects, sous son aspect vital tout autant que scientifique et médical. Sous le premier aspect, les relations entre le génie et l'aliénation mentale nous feront mettre

au premier plan, non l'idéal de santé sous forme d'un équilibre stable et mort, dans son immobilité froide et niveleuse, mais le déséquilibre créateur, quand bien même celui-ci donnerait lieu, dans son dynamisme foncier, à ces ratés dont nous parlions plus haut. L'absence de maladies mentales est loin de décider, à elle seule, de la santé mentale du genre humain et ce n'est pas uniquement dans cette voie que nous voulons rechercher cette santé. C'est que, d'un déséquilibre profond et dramatique, naît l'élan créateur qui, seul, en rupture de ban avec les formes biologiques et sociales de la vie, élève sa voix prophétique et héroïque en pleine harmonie avec la vie en nous révélant toute la grandeur de l'être humain, solidaire de cette vie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 25 Avril 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 10 mars 1938 et le procès-verbal de la séance du 28 mars 1938 sont adoptés.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance comprend une lettre du Secrétaire général de la The Royal Medico-psychological Association de Londres, invitant la Société médico-psychologique à envoyer des délégués à la réunion annuelle que cette Association tiendra du 6 au 8 juillet prochains à Ilkley, Yorkskire. La Société désigne le D^r Noël PÉRON comme délégué et charge son Secrétaire général d'adresser ses remerciements à The Royal Medico-psychological Association pour son amicale attention.

COMMUNICATIONS

L'Enseignement de Magnan à l'Asile Clinique Sainte-Anne.
Quelques souvenirs, par M. A. FILLASSIER.

MESSIEURS, cette communication aurait été plus à sa place si elle avait pu être faite dans l'amphithéâtre où Magnan enseigna pendant tant d'années et avec tant d'éclat, et qui porte son nom.

Mais notre Secrétaire général, gardien vigilant de nos statuts, ne me l'a pas permis, les séances de l'Asile Sainte-Anne étant exclusivement réservées aux malades.

Et c'est pourquoi je vous apporte ici ces quelques miettes de l'Histoire de la Médecine mentale, qui nous montrent que si beaucoup est encore à faire et le sera éternellement, car le progrès appelle le progrès, ceux qui nous précédèrent eurent à combattre et à vaincre pour nous obtenir ce que nous avons trouvé réalisé.



Longtemps avaient seuls existé les quartiers d'hospice de la Salpêtrière et de Bicêtre ; une Commission, nommée par le Baron Haussmann, alors Préfet de la Seine, à l'effet d'étudier un programme de « Réorganisation du service des aliénés », avait recommandé la création de deux asiles dans la banlieue, Ville-Evrard et Vaucluse, et d'un asile central à Paris, doté d'un Bureau d'admission qui s'appela d'abord « Bureau central d'examens », et où *serait fait un enseignement par la clinique*.

Or, en 1866, Magnan terminait sa troisième année d'internat chez Roger, Professeur de clinique des maladies des enfants, mais, comme le remarque Sérieux dans le livre bien connu qu'il lui a consacré, il n'abandonnait en rien ses recherches de pathologie cérébrale et publiait la même année, à la Société micrographique, en collaboration avec Hayem, une note sur « le tissu interstitiel du cerveau ».

Le 4 février 1867, Magnan et Bouchereau furent nommés « médecins internes », par arrêté du Préfet de la Seine.

Tous deux devaient devenir « médecins répartiteurs », en 1870, à la mise à la retraite de l'Inspecteur général, Girard de Cailleux, et, en octobre 1879, Bouchereau étant nommé médecin-

chef de la division des femmes à l'Asile Sainte-Anne, Magnan, fut seul chargé du Service de l'Admission.

*
**

Comment et dans quelles conditions fut-il nommé à l'Asile Clinique Sainte-Anne ? Magnan y fait, dans sa thèse (1) qu'il passa le 22 décembre 1866, devant Béhier, président, Wurtz, Charcot et Labbé, examinateurs, une allusion rapide : « Des circonstances particulières nous obligent à présenter, plus tôt que nous ne le pensions, notre thèse inaugurale. »

Ces circonstances, c'était la nécessité d'être docteur en médecine pour pouvoir poser sa candidature au poste de médecin interne à l'Asile Clinique Sainte-Anne.

Des souvenirs de famille rapportent qu'amené par Roger auprès du Prince Impérial malade, il avait monté auprès de lui de nombreuses gardes ; il fut, comme il le racontait lui-même, mis très à l'aise par la bonté des souverains angoissés, et ne parlait jamais de ses contacts avec eux qu'avec la plus grande déférence.

Il y connut le Baron Haussmann, familier des Tuileries, et avec lequel il conserva, jusqu'à la mort de celui-ci, d'agréables relations et qui l'avait rapidement apprécié.

*
**

Le Service de l'Admission, lors de sa création, ne comportait alors qu'un grand corps de bâtiments ; au centre, un avant-corps ; Magnan avait son appartement au premier étage, au rez-de-chaussée l'amphithéâtre, à droite, et à gauche la division des hommes et des femmes, que Magnan pouvait gagner directement de son appartement, ce qu'il ne manquait pas de faire souvent, surtout à l'époque de sa lutte contre la cellule et les moyens de contention.

Magnan fut amené tout naturellement à instituer un enseignement clinique des maladies mentales ; c'était d'ailleurs, nous l'avons vu, une des raisons de la création de l'Asile Sainte-Anne ; d'autre part, n'avait-il pas été l'interne de Baillarger (dont il fit un si bel éloge à l'Académie de Médecine le 23 décembre 1902), et celui-ci n'avait-il pas continué l'enseignement fondé à la Salpêtrière par Esquirol, et assuré ensuite, de 1841 à 1856, par J.-P. Falret.

Sa première leçon fut faite en 1868 sur « la paralysie géné-

(1) De la lésion anatomique de la paralysie générale.

rale » ; d'autres suivirent ; citons, parmi beaucoup d'autres, ses leçons sur « les troubles psychiques dans l'alcoolisme », sur « la folie héréditaire », sur « les héréditaires dégénérés », sur « l'épilepsie », sur les « délires systématisés », etc..., etc..., que recueillirent tour à tour des hommes que nous avons connus : Marcel Briand, Respaut, Vigouroux, Legrain, Pécharman, et combien d'autres ! et que des journaux médicaux, notamment le *Progrès Médical*, publièrent.

J'avais songé à vous en donner les références ; cela surchargerait ce petit exposé, et vous les trouverez toutes dans le livre de Sérieux.

Ces leçons n'allèrent pas toujours sans difficultés.

Commencées en 1868, elles faisaient partie d'un ensemble, et, en mars 1873, les *Annales Médico-Psychologiques* publiaient le programme des cours de médecine mentale, à Paris, pendant l'année.

Elles indiquaient que le D^r Aug. Voisin avait repris ses conférences cliniques à l'hospice de la Salpêtrière. Elles donnaient le programme des leçons que devaient faire, à Sainte-Anne, le D^r P. Lucas, le D^r Dagonet, le D^r Magnan, le D^r Bouchereau.

Le programme se terminait par cette mention : « Avant chaque leçon, examen direct des malades par les élèves. »

Une campagne de presse éclata tout-à-coup, à l'occasion d'un cours de Dagonet, et, en 1873, un arrêté du Préfet de la Seine suspendit à l'improviste cet enseignement. On reprochait le manque d'égards qu'on infligeait à un malade en le présentant à une réunion de médecins et d'étudiants. (Le « Figaro », des 1^{er} et 11 avril 1873, et de nombreux journaux) (1).

Déjà, J.-P. Falret avait insisté dès 1850, dans deux mémoires, sur la nécessité de l'enseignement clinique des maladies mentales ; n'y avait-il pas rappelé que, « dès 1814, Pinel nous fit chez lui, avec une bonté toute paternelle, un cours d'aliénation mentale ; nous n'étions qu'un petit nombre d'élèves ; le cours était théorique, mais constamment appuyé sur les observations que nous avions vues à la Salpêtrière » (2) ?

Il y avait montré Esquirol instituant son enseignement, dès 1817, à la Salpêtrière, pour le transporter en 1826 à Charenton, Ferrus attirant de nombreux auditeurs à Bicêtre et à la Ferme Sainte-Anne, de 1832 à 1839 ?

(1) Nous devons cette indication au D^r Collet, familier de la Bibliothèque Nationale.

(2) « L'enseignement clinique des maladies mentales ». « L'enseignement clinique dans les asiles d'aliénés ».

Ces rappels échouèrent ; rien n'y fit, pas plus que les écrits de Semelaigne dès 1862 (1).

Les *Annales Médico-Psychologiques* protestèrent en un vigoureux article qui parut dans le numéro de mai 1873 : « Ni la destination spéciale de l'Asile, ni le programme des leçons, ni l'exposition et l'ordre des matières, rien, absolument rien, ne pouvait faire prévoir une telle explosion. », disait-il notamment.

Votre Société s'émut, le Président porta la question devant elle, une Commission fut nommée, elle comprenait Loiseau, Blanche, Baillarger, Lasègue et Motet.

Une lettre fut adressée aux Ministres de l'Instruction Publique et de l'Intérieur, réclamant la réouverture des cours ; elle fut signée de tous les membres du Bureau, Loiseau, Blanche, Motet, Linas.

Elles furent permises à nouveau après une décision de principe du Ministre de l'Intérieur, et un arrêté préfectoral du 23 novembre 1876, qui autorisait les « Conférences de pathologie mentale », de Sainte-Anne, de Bicêtre et de la Salpêtrière.

Les leçons de Magnan reprirent en 1877 ; elles devaient durer une vingtaine d'années.

Les assistants devaient justifier des titres qu'ils avaient à suivre ces conférences : une carte leur était délivrée.

*
**

Marcel Briand a tracé de ces leçons un tableau très imagé dans son discours au Jubilé de Magnan, le 15 mars 1908 :

« Arrivait le jour de la leçon.

« La principale se faisait le dimanche, — il n'était pas alors question de repos hebdomadaire, — tous les accessoires devaient être préparés à l'avance, les malades disposés pour être présentés, tour à tour, au moment voulu ; les photographies, sorties de la collection et classées dans l'ordre indiqué ; la capricieuse lanterne à projections bien mise au point, et les infirmiers placés à leur poste pour les différentes manœuvres. Aussi, que d'animation dans les quelques minutes qui précédaient votre arrivée.

« Cette porte s'ouvrait bientôt, les applaudissements signalaient votre entrée et le silence se faisait au milieu d'une attentive curiosité.

(1) De la réorganisation du service des aliénés du département de la Seine, par Semelaigne, *Journ. de Méd. Ment.*, déc. 1862.

« Après quelques phrases concises, résumant la dernière leçon, celle du jour commençait ; puis, venait l'examen des malades devant apporter la preuve clinique des faits exposés ; de nouveaux applaudissements saluaient votre péroration, les conclusions toujours nettes et pratiques que vous tiriez, avec une éloquence toujours si chaude et si persuasive ; enfin, les auditeurs s'écoulaient lentement en discourant entre eux sur la leçon qu'ils venaient d'entendre...

« Quelques-uns, plus curieux d'approfondir un sujet, s'attardaient pour vous demander des éclaircissements que vous leur donniez avec une inlassable bienveillance. »

Messieurs, il y a, dans le récit de Marcel Briand, une petite inexactitude : tous ne portaient pas ; 10 d'entre eux, 12, 14 parfois, la table n'en permettait pas davantage, demeuraient, et un déjeuner les réunissait dans l'appartement de Magnan.

On y voyait souvent, avec quelques médecins étrangers de passage, le P^r Merejewsky, Bajenof, Gley, qu'attendait une chaire au Collège de France, Paul Garnier, Gallippe, de l'Académie de Médecine, Sérieux, Marcel Briand, Legrain, Lwoff, Dericq, Dupain, deux des amis personnels de Magnan : M. Adolphe Coste et M. Adrien Desprez, homme de lettres et critique littéraire dans des journaux importants, auteur de nombreux ouvrages sur l'Orient, les deux internes du Service étaient de fondation, et tant d'autres dont je m'excuse d'omettre les noms.

Si les repas qui avaient précédé une leçon avaient été sévères, — Magnan demeurant absorbé, — le repas du dimanche était toujours plein d'entrain et de gaieté et constituait une détente heureuse, après quoi..., on se mettait à préparer la leçon suivante.

Scotome avec hallucinations lilliputiennes d'origine épileptique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Hubert MIGNOT.

Les hallucinations lilliputiennes se rencontrent dans des circonstances très différentes. Au cours de l'épilepsie, elles sont, semble-t-il, assez rares, Raoul Leroy (1) cite seulement deux observations anciennes où des hallucinations lilliputiennes constituaient l'aura habituelle de grandes crises convulsives.

Nous avons observé un épileptique, traumatisé cranien, qui

(1) RAUL LEROY. — Le syndrome de l'hallucination lilliputienne. *Encéphale*, nov. 1921.

présentait des équivalents caractérisés par l'apparition d'un scotome suivi d'hallucinations de type lilliputien.

Voici l'histoire de notre malade :

Georges L., âgé de 34 ans, entre à la Pitié le 3 janvier 1938 pour des accidents nerveux consécutifs à un traumatisme crânien. Le 29 août 1937, Georges est renversé par une automobile ; perte de connaissance immédiate qui se prolonge une heure environ. À l'Hôpital de Sens, où il est transporté, on constate une plaie étendue du cuir chevelu dans la région pariétale gauche, sans lésion osseuse. Suture de la plaie. Dans les jours qui suivent n'apparaissent aucuns symptômes de contusion cérébrale, d'hémorragie méningée, diffuse ou localisée. La commotion s'est traduite seulement par le coma initial et l'amnésie ne dépasse pas la durée de celui-ci.

Environ deux ou trois mois après le traumatisme, s'est installée progressivement toute une série d'accidents nerveux que nous allons passer en revue.

Ce sont d'abord les troubles subjectifs habituels des commotionnés : asthénie physique et intellectuelle, diminution de la mémoire, irritabilité, tristesse, céphalée frontale, bourdonnements d'oreille, hyperacousie douloureuse, éblouissements, enfin impuissance.

D'autres accidents ont un caractère comitial : des vertiges sans chute, des absences amnésiques de courte durée.

Enfin Georges a présenté quatre grandes crises convulsives généralisées qui n'ont pas été précédées d'aura et se sont accompagnées de morsure de la langue et d'émission involontaire d'urine ; l'une d'elles a été nocturne.

L'examen physique est resté négatif : la marche, la force musculaire, la réflexivité, l'équilibration, le tonus sont normaux. Les paires crâniennes sont intactes. Il n'existe aucune ophtalmopathie, le fond d'œil est normal, de même que les appareils labyrinthique et cochléaire. L'appareil cardio-vasculaire fonctionne normalement ; la T.A. est à 14,9. Le B.-W. est négatif dans le sang. L'urée sanguine est à 0,40.

Georges L. ne souffre d'aucune tare névropathique ; on ne constate chez lui aucun signe d'alcoolisme.

Chez ce traumatisé du crâne, alternant avec les manifestations comitiales que nous avons énumérées, sont survenus des accidents psycho-sensoriels paroxystiques sur lesquels nous allons insister.

Ces crises se sont produites plus de dix fois ; elles ont toutes été semblables. Voici le phénomène tel qu'il ressort de la description très précise qu'en fait notre malade :

Alors qu'il est occupé à lire, les caractères d'imprimerie s'estompent, laissant place à une tache d'un jaune homogène qui va en s'étalant rapidement de gauche à droite et qui couvre bientôt la totalité du champ visuel. A ce moment, Georges perd conscience de ce qui l'entoure « comme lorsqu'on est près de s'endormir ». Il cesse de voir

et d'entendre ce qui se passe autour de lui. C'est alors que se produit la vision lilliputienne : ce sont des personnages de petite taille, petits bonshommes hauts de 15 à 20 cm., souvent bossus et grimaçants, et des animaux domestiques : chats, poules et lapins. Tous sont de couleurs vives et sont animés de mouvements rapides, mais l'ensemble de la scène se déroule de gauche à droite. La vision n'est pas plate, les personnages donnent au contraire une sensation très vive de relief ; mais l'hallucination ne se mêle pas à la vision du monde extérieur et le fond de la scène est constitué par cette même teinte jaune dont l'apparition a constitué le phénomène initial.

Puis les personnages s'estompent et deviennent indistincts, la couleur jaune se fait moins vive, le sujet reprend conscience de ce qui l'entoure. Il a l'impression que le phénomène s'est prolongé environ 5 minutes. Pendant toute sa durée, Georges est intéressé et amusé par la scène à laquelle il assiste, mais il est incapable de dire si, pendant le temps qu'elle se produit, il y ajoute ou non croyance.

Lorsque le phénomène a pris fin, Georges le considère comme une sorte de rêve agréable et il en garde un souvenir extrêmement précis : il dit qu'il pourrait reproduire les scènes qu'il vient de voir s'il savait dessiner.

Observé pendant la durée du phénomène, notre malade a l'aspect immobile et hébété d'un épileptique en état d'absence ; il ne présente aucune convulsion ni aucun phénomène tonique, même localisés ; ses yeux sont ouverts et fixes ; les sollicitations extérieures ne le réveillent pas.

En fait, la crise dure à peine 30 secondes. Aussitôt après, Georges retrouve un aspect normal.

En résumé, chez un épileptique traumatique, alternant avec des crises franches et des équivalents, surviennent des crises paroxystiques caractérisées par l'apparition d'un scotome et d'une chute de conscience de courte durée, au cours de laquelle se produisent des visions lilliputiennes.

Nous ne faisons que rapporter ici un fait clinique que nous croyons assez rare, nous gardant, à propos d'un cas curieux, de hasarder une hypothèse dans une question aussi difficile que celle des troubles psycho-sensoriels des épileptiques.

Nous voulons seulement souligner quelques points : le caractère comitial du phénomène ne nous semble guère contestable ; l'allure brusque et paroxystique des crises, leur alternance avec des manifestations typiques d'épilepsie traumatique, la chute de conscience dont elles s'accompagnent, l'aspect du malade en crise, nous paraissent légitimer une assimilation qui ne saurait se fonder, du reste, que sur des critères cliniques.

Le phénomène essentiel nous paraît être ici une chute de

conscience très passagère, mais comparable à celle du demi-sommeil, et on ne peut pas ne pas évoquer ici les visions hypnagogiques. Nous avons cherché s'il existait chez notre malade des troubles de la régulation du sommeil, mais nous n'avons trouvé aucun de ces phénomènes dont Lhermitte a souligné les parentés réciproques, crises narcoleptiques, cataplexie du réveil (1).

Il nous paraît légitime de porter le diagnostic de syndrome des hallucinations lilliputiennes, tel qu'il a été dégagé par Raoul Leroy. Nous en retrouvons les principaux caractères : personnages de petite taille, colorés et mobiles, en relief, formant une scène amusante et variée. Toutefois, les personnages, ici, ne se meuvent pas dans le milieu extérieur, mais sur un fond que constitue le scotome.

Ce scotome, véritable aura de la crise, souligne le caractère très neurologique du phénomène, de même que la progression uniforme de la scène de gauche à droite. On peut se demander si, à la faveur de l'affaiblissement de la conscience, des phosphènes produits par un trouble vasculaire de l'appareil optique ne sont pas interprétés et transformés dans l'imagination du malade. On pourrait ainsi invoquer un mécanisme analogue à celui que l'on admet généralement pour les hallucinations des ophtalmopathes (2).

Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la psychose maniaque-dépressive. Importance du bilan des fonctions vitales, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M^{lle} C. CHATAGNON.

Depuis longtemps l'on a remarqué qu'entre le tableau de la démence précoce typique, comprise comme une psychose survenant en général à l'adolescence et caractérisée par un affaiblissement psychique à type de dissociation et évoluant vers la chronicité, et celui de la psychose maniaco-dépressive typique, existent des formes cliniques intermédiaires, chez lesquelles l'intrication ou la succession de symptômes communs pose un problème de diagnostic et, partant, de pronostic difficile à résoudre.

Nous voudrions insister sur la fréquence de ces formes inter-

(1) LHERMITTE et NICOLAS. — Narcolepsie, cataplexie et pyknolexie. *Gaz. des Hôp.*, 17 avril 1929.

(2) LHERMITTE et AJURIAGUERRA. — Hallucinations visuelles et lésions de l'appareil visuel. *Ann. Méd.-Psych.*, I, 1936, p. 232.

médiatrices, sur leurs particularités cliniques et leur évolution sous forme cyclique, sur leur pronostic plus favorable que celui des formes-types et surtout sur l'importance pour établir ce pronostic de la recherche de la capacité vitale, du bilan physiologique du sujet.

Nous rapportons ci-dessous deux observations de psychoses intermédiaires ou atypiques :

OBSERVATION I. — Mlle D..., née le 11 décembre 1898 dans le département de la Manche, d'une famille de cultivateurs.

Grand'mère maternelle âgée de 93 ans encore en bonne santé.

Mère morte en 1910 d'un cancer de l'estomac (?).

Père atteint de cécité à 60 ans, vivant et bien portant.

Il n'y aurait pas d'antécédents vésaniques ou éthyliques chez les ascendants :

4 sœurs et 2 frères dont un alcoolique, mort à 30 ans de tuberculose pulmonaire.

Autres frères et sœurs bien portants, pour la plupart mariés et ayant plusieurs enfants en bonne santé.

Vit dans sa famille jusqu'à 10 ans.

Affectueuse, apprenant bien à l'école, peu studieuse. A la mort de sa mère, elle se place comme bonne et vit successivement à Calais, Coutances, Nantes, Cherbourg, enfin au Havre de 18 à 22 ans.

Pas d'antécédents pathologiques durant l'enfance.

Elle présente de l'albuminurie vers l'âge de 20 ans, accompagnant une atteinte pleurale vraisemblable avec essoufflement, point de côté, fatigue générale, céphalée et amaigrissement.

Elle aurait eu des épisodes bronchitiques à plusieurs reprises.

Les premières menstrues apparaissent à 15 ans. Elles sont régulières et normales.

Au Havre, elle présente un état de gestation : accouche normalement d'une petite fille qu'elle place à l'Assistance Publique.

De 20 à 34 ans, Mlle D... fait plusieurs places à Paris, Nancy, Strasbourg, Ligny-en-Barois, Vic-sur-Mer, où elle devient une sorte de servante maîtresse. Son maître et ami tombe malade, elle le soigne avec le plus grand dévouement jusqu'à sa mort.

Cette affection de la maturité domine sa vie sentimentale (éclipsant en totalité les sentiments à l'égard du père de son enfant et de cette enfant même). Une véritable cristallisation affective s'est faite autour de cette période, à l'exclusion de tout le passé, et de tout ce qui pourra survenir ultérieurement.

Son amour, son dévouement pour son maître pendant la maladie de ce dernier, ses rapports avec les parents de celui-ci, dont certains l'estiment (son frère en particulier), alors que d'autres ont pour elle du mépris, voilà ce qui va constituer le passé sentimental de notre malade, ce qui sera la source de préoccupations toujours renaissantes.

Très affectée de la mort de son ami, elle quitte le pays, se place à Paris, puis se rend en Bretagne chez sa demi-sœur.

Survient alors un épisode pulmonaire qualifié de bronchite et peu de temps après éclate une crise d'anxiété, elle a peur du milieu où elle se trouve (sa demi-sœur tient une maison de tolérance). Elle n'ose plus vivre chez cette sœur où elle craint de rencontrer de dangereux repris de justice. Elle se réfugie au poste de police et est hospitalisée à l'hôpital de Bodelio à Lorient le 5 février 1933.

1^{er} internement. — Quatre jours après, son admission d'urgence à l'Asile de Lesvellec est demandée en raison d'un état confusionnel avec « période de violente excitation ».

Le 10 février 1933, le Médecin-Chef de l'Asile de Lesvellec note « un syndrome confusionnel atypique avec phases d'excitation (instabilité, éclats de rire soudains, grimaces, contorsions, cris) et périodes brèves de stupeur et de négativisme. Manifestations pithiatiques surajoutées... ».

Puis l'amélioration continue progressivement. La rectification des conceptions morbides est complète. La malade, calme et laborieuse, est mise en congé d'un mois le 24 mars 1933, et ce congé se transforme en sortie.

Interrogée actuellement sur les troubles qu'elle présentait lors de son premier internement, elle insiste sur les phénomènes de fausse reconnaissance et d'étrangeté : « par la fenêtre je croyais revoir les chemins de Noisiel ; il me semblait reconnaître les bœufs et la voiture ». Elle indique également des phénomènes d'inhibition : « je voulais parler et je ne pouvais pas, j'étais figée comme un marbre », et des éléments hallucinatoires : « j'entendais comme des voix et un bruit de chute de vaisselle ».

A noter que ces différents phénomènes se nourrissent de souvenirs enregistrés au moment de la crise sentimentale qui domina sa vie : c'est-à-dire la période de ses relations avec son maître à Ligny-en-Barois, puis à Vic-sur-Mer.

Sortie de l'Asile de Lesvellec, elle se rend chez son frère, puis se place dans une ville d'eau pour la saison, et enfin à Paris dans un hôtel où elle doit interrompre son travail parce qu'il est trop pénible.

Elle se replace alors pendant 10 mois comme femme de chambre.

2^e internement. — Elle tombe malade, est soignée pour un nouvel épisode pulmonaire bronchitique, et le 2 décembre 1934 elle doit entrer à l'Asile de Perray-Vaucluse pour un syndrome de confusion mentale délirante.

Le certificat de quinzaine, le 16 décembre 1934, porte le diagnostic « de bouffée délirante à prédominance confusionnelle ».

Le 10 avril 1935, elle est jugée suffisamment améliorée pour être remise à sa famille.

Elle va passer quelque temps dans sa famille puis revient à Paris où elle se place comme femme de chambre, puis comme cuisinière.

Elle est depuis 7 mois dans sa nouvelle place lorsqu'elle présente à nouveau des troubles mentaux. Lorsqu'elle était dans la rue, il lui semblait ne plus voir clair, elle devient méfiante, se dispute avec les autres domestiques. La nuit, elle rêve qu'elle reçoit une lettre de sa sœur lui disant que son neveu était malade et sans argent ; elle en éprouve un sentiment d'angoisse très intense. Inhibée, « elle voudrait parler, elle ne le peut pas ». Elle est alors en proie à une agitation psychomotrice intense qui entraîne son internement le 12 mars 1936, avec le certificat suivant :

3^e *internement*. — « Agitation brusque : a jeté ses chaussures et une glace par la fenêtre, a tenté d'escalader la fenêtre. Démence. Mutisme forcé, opposition interrompue d'attitudes discordantes avec rires et chants. Pouls rapide. Réflexes vifs. Pupilles impossibles à explorer. Probabilité d'une poussée sur une démence précoce antérieure. »

Le lendemain son certificat immédiat de l'Asile Clinique met en valeur :

« Un délire complexe avec hallucinations auditives, impératives ; hallucinations olfactives. Barrage. Actes extravagants pour obéir aux hallucinations. Mutisme par période. Opposition, négativisme, hébéphrénie probable. »

Le 17 mars 1936, elle entre à Maison-Blanche où l'on note : « un mutisme imposé, une attitude concentrée et hallucinatoire, une activité hallucinatoire paraissant considérable ».

On constate, en outre, la médiocrité de l'état général, à ce moment la malade est toujours insomniaque et agitée, elle paraît bizarre, répond d'une façon pertinente, puis évasive, elle donne l'impression d'être perplexe, elle ne paraît pas se souvenir d'une façon claire des circonstances de son internement. L'activité hallucinatoire, en particulier olfactive, est très intense : « J'ai tout l'effet d'être dans un abattoir, j'ai ça dans l'idée, je respire comme des odeurs de pourriture, de soufre, de sang, de poivre, il me semble être dans une boucherie du côté des Halles. » Son orientation est imparfaite : « nous devons être jeudi au mois d'avril ».

Son affectivité, malgré un certain degré d'ambivalence, paraît conservée : elle parle de sa fille qu'elle a eue au Havre, « j'ai dû la mettre à l'Assistance Publique, je n'avais pas de quoi l'élever, je suis partie avec mon ami, nous avons voyagé, puis il est mort... ce n'est pas pour rendre les gens gais tout ça... moi ça m'est égal que ma fille soit morte... enfin oui... ».

Quelques phrases inadéquates, ambiguës, toujours teintées d'étrangeté : « J'aime bien entendre parler français... dans les autres villes j'ai dû reconnaître des figures qui ne plaisaient pas... »

On constate des fausses reconnaissances, une certaine conscience du pathologique : « Je croyais reconnaître les gens, ce n'est pas normal... tout me paraît drôle ici, pourquoï la pendule marche-t-elle, puis s'arrête ? » Elle se lève brusquement, touche un objet, s'assied, pleure,

puis rit, sursaute au moindre bruit. L'anxiété est très marquée avec manifestations délirantes hallucinatoires. Elle refuse de prendre sa température : « le thermomètre a une odeur, ça me brûle... vous me regardez, dit-elle, vous voulez prendre mes yeux »...

Quinze jours plus tard, elle est plutôt déprimée, anxieuse, elle s'étonne de ne pas recevoir de nouvelles de son père et de son frère, elle s'attend chaque jour à recevoir la nouvelle de leur mort.

Puis une amélioration apparaît rapidement, elle fait son lit, sa toilette et demande à s'occuper le 3 avril.

Le 30 avril, l'amélioration de l'état mental est considérable, les fonctions intellectuelles sont en voie de récupération, il y a reprise du contact vital, mais persistance d'un état général médiocre.

Examens de laboratoire :

Urines : pas d'albumine, pas de sucre, pas d'acétone. Phosphaturie passagère lors de l'entrée.

Sang : formules leucocytaires normales. Urée : 0 gr. 35 p. 1000.

Courbe de poids : 49 kgs 300 en mars ; 47 kgs en mai ; 45 kgs en avril.

Le 19 juin 1936, elle sort complètement guérie, son état général est très amélioré. Elle se préoccupe de gagner sa vie, met une annonce dans un grand quotidien et trouve une place de femme de chambre à Casablanca. Elle signe un contrat de travail de 10 mois et s'embarque pour le Maroc.

Les premiers mois s'écoulent sans histoire, elle se trouve assez bien dans sa place. Nous devons noter, à ce moment, d'après les renseignements que nous donne la malade, qu'elle n'aurait pas manifesté une curiosité bien grande pour ce pays qu'elle ignorait. Elle n'aurait jamais quitté Casablanca et ne semble pas non plus être sortie beaucoup dans cette ville. Cette incuriosité nous paraît à retenir.

Assez vite des ennuis surviennent pour elle : ses maîtres, malgré le contrat de travail en règle qu'elle avait, ne la paient qu'avec beaucoup de retard. Elle doit réclamer à maintes reprises son salaire. La nourriture dans cette place est particulièrement défectueuse ; ses employeurs ont en effet éprouvé des gros revers de fortune et n'ont qu'un désir : se débarrasser de leur personnel qu'ils ne peuvent plus payer ; le contrat de travail les lie et la situation semble sans issue.

Le 3 avril 1937, la malade doit entrer à l'hôpital de Casablanca dans un état de grande faiblesse dû en partie à cette sous-alimentation sur laquelle s'est greffé un état infectieux grippal. Elle présente une forte angine et ultérieurement un abcès du conduit auditif externe à droite.

Le contrat de travail est à ce moment terminé, mais il lui reste une somme assez importante à percevoir. Elle doit, de son lit d'hôpital, envoyer des réclamations à ses employeurs qui finissent par lui payer une partie de la somme. Elle renonce au reste, car il lui faudrait entamer un procès.

Elle rentre en France le 16 juin 1937, débarque à Marseille, prend le train pour Paris, et il semble que ce soit à ce moment, le 18 juin par conséquent, qu'aient apparu les troubles mentaux qui entraînerent son quatrième internement.

Elle ne prend en effet aucune nourriture, en perpétuelle inquiétude, se trouve dans un état d'excitation psychique extrême. Elle éprouve des phénomènes de mentisme, elle est anxieuse. Elle demeure dans le couloir du wagon près des w.-c., ayant l'impression, dit-elle actuellement, qu'elle doit surveiller les w.-c. de crainte qu'on n'y précipite quelqu'un.

Le récit qu'elle nous fait nous permet de reconstituer grossièrement l'emploi de son temps dans le jour qui précéda son internement.

Débarquée à la gare de Lyon, elle n'a qu'une idée : chercher un refuge près de la famille de son ancien ami. Elle se rend à la gare qui dessert cette destination, aucun train n'est en partance. Elle passe la nuit à la gare dans la salle d'attente. Elle ne peut s'endormir, dès qu'elle ferme les yeux des eauchemars horribles surviennent, elle se souvient avoir crié et s'en excuse auprès des voyageurs.

Son comportement est bizarre : elle ramasse des tickets de chemin de fer ou de métro. Au petit jour, elle prend un taxi et se rend à une autre gare, puis se ravise, revient à la gare où elle a passé la nuit, prend le train et arrive dans la famille de son ancien ami.

Elle est accueillie correctement, mais dans cette famille un drame existe. La femme du maître de la maison éprouverait une jalousie morbide envers sa nièce, la fille de l'ancien ami de Mlle D... Elle l'accuse d'être la maîtresse de son mari, d'avoir fait des avortements avec sa complicité. Elle aurait tenté d'empoisonner sa nièce et aurait dit devant Mlle D... que si sa nièce reparaissait devant elle « elle lui tirerait une balle dans la peau ».

S'agit-il de la conception délirante bâtie au cours de cet accès psychopathique, ou s'agit-il de faits exacts ? nous ne pouvons le dire. Notre malade aurait toutefois subtilisé le revolver du maître de la maison afin d'éviter ce drame familial.

Toute la nuit, elle ne peut dormir ; elle la passe à la fenêtre. Au matin quelques chiffonniers circulent, le spectacle l'émeut, elle pense aux chômeurs, aux malheureux, elle ouvre la fenêtre et jette dans la rue une poignée de pièces marocaines de 10 francs. Un moment une femme secoue un chiffon par la fenêtre, elle y voit un signe d'hostilité à son égard, elle s'en irrite, recommence à s'agiter.

Le frère de son ami la conduit alors à la gare Saint-Lazare et la met dans le train qui doit la conduire chez sa sœur. Un moment après, elle descend du train et sa conduite devient absolument extravagante, elle ramasse les tickets de chemin de fer, les empile dans son sac. Elle arrache les pancartes suspendues le long des trains « afin d'éviter le déraillement de ceux-ci ». Elle se dévêt en partie. Elle est finalement arrêtée et conduite à l'Infirmierie spéciale.

4^e internement. — Saisie du même sentiment de « déjà vu » qu'elle a présenté lors de ses précédents accès, elle examine tout autour d'elle, essaye d'identifier des meubles, des tapis, qu'il lui semble reconnaître, mais demeure dans un état de semi-mutisme, s'oppose à l'examen.

Le 21 juin, le certificat d'admission à l'Asile Clinique est ainsi rédigé : « Excitation psychique atypique, hypermimie, mutisme par intervalles, ironie, mobilité de l'attention, désordre des actes, maniérisme, impulsivité, incohérence verbale. Possibilité d'hallucinations auditives. Idées délirantes mobiles. Imprécision des idées. Réponses à côté. »

Le 24 juin 1937 elle entre à Maison-Blanche. On est frappé par l'aspect discordant des troubles qu'elle présente ; son attitude est sthénique et même ironique, parfois au contraire déprimée, à d'autres moments son faciès est atone, inexpressif, hébété. On note un certain maniérisme, un sourire stéréotypé apparaît fréquemment sur ses lèvres, il est souvent en discordance très nette avec ses propos.

Elle paraît indifférente à l'interrogatoire, détourne constamment la tête, présente parfois une attitude étonnée, interrogative, fait répéter les questions, puis se contente de sourire, elle fait mine de chercher, semble perplexe, puis sourit du même sourire stéréotypé.

L'interrogatoire est extrêmement difficile du fait des gros troubles de l'attention, des barrages très nets qu'elle présente, de l'opposition et des troubles du cours de la pensée et de l'expression verbale. Ses propos sont tantôt pertinents, tantôt incohérents. Elle parvient à nous donner des renseignements assez précis sur sa vie passée dont on peut contrôler l'exactitude, puis une foule de phrases, peut-être témoin du mentisme désordonné survenant : « je voudrais tout emporter... tout voler... il faut que j'écrive à M. C..., je n'ai pas besoin de parler de ça, tout est enregistré, ça fera des disques peut-être... ». Parfois commentaires de son comportement bizarre, elle joue avec une orange pendant tout l'interrogatoire, l'introduit dans une pantoufle, puis déclare : « ça veut dire grand'chose de bon de mettre une orange dans une savate... » ; elle prend une attache-trombone sur la table : « j'emporterai ça pour faire des épingles ». On ne peut relever dans ses paroles de lien logique entre deux phrases consécutives. On note cependant parfois une association d'idées par euphonie verbale : elle lit sur le calendrier « saint Eutrope » et elle enchaîne : « de l'urotropine... je n'en ai pas besoin ». Elle fait ainsi quelques emprunts à l'ambiance et présente vis-à-vis d'elle la même attitude de circumspection déjà notée par les observateurs précédents.

Elle porte une grande attention au mécanisme de la pendule. Elle se lève fréquemment de sa chaise et considère certains objets, sans commentaires, puis revient s'asseoir quand on l'en prie.

On note toujours la même impression d'étrangeté et de fausse reconnaissance qu'elle a déjà eue : « je erois toujours reconnaître quelqu'un, dit-elle ».

Il est impossible de savoir s'il existe des troubles psycho-sensoriels. Elle parle de visions, de voix « comme Jeanne d'Arc », elle les nie, puis un moment après déclare : « peut-être... comment expliquer cela ? ».

Sa mémoire paraît correcte dans la mesure où on a pu l'explorer. Elle semble à peu près orientée mais explique son arrivée à Maison-Blanche d'une manière fantaisiste : « Je suis venue voir des amis à Maison-Blanche, je suis avec des dames très gentilles. »

Son affectivité est troublée : elle ne s'inquiète ni de sa propre situation, ni de celle de sa famille : « ma sœur peut aussi bien ne pas m'écrire... ça m'est égal... rien ne m'intéresse... ». Comme elle est indifférente à l'interrogatoire, elle est indifférente à sa situation.

Il existe un mélange de passivité et d'opposition. Certains ordres reçoivent une exécution immédiate, automatique et qu'elle ponctue de la phrase : « je sais faire cela ». Certains autres rencontrent une hostilité invincible. A plusieurs reprises, sans motiver son attitude et sans anxiété apparente, elle se dirige délibérément vers la porte, mais se laisse ramener passivement sur son siège.

La bizarrerie du comportement et la discordance apparaissent nettement lorsqu'elle essaye d'ôter l'alliance du médecin en déclarant d'un ton parfaitement neutre à l'infirmière : « je vais lui voler ça, hein ? ». Elle abandonne d'ailleurs son projet sans difficulté.

Une légère anxiété apparaît au cours de l'examen physique qui ne révèle rien d'anormal, à l'exception d'une légère diminution du murmure vésiculaire aux sommets.

Jusqu'au 5 juillet, la malade manifeste une excitation psychomotrice caractérisée surtout par des promenades constantes dans le dortoir, par une opposition marquée aux soins, opposition allant jusqu'à la violence. Elle s'alimente mal. Certaines nuits sont calmes, d'autres au contraire sont particulièrement agitées. Elle chante à tue-tête et doit être transférée dans un pavillon de demi-agitées.

A partir du 5 juillet, elle se calme, devient infiniment plus docile, répond poliment aux questions, soigne sa tenue. Le sommeil est revenu. Elle fait montre d'une certaine anxiété, s'inquiète en particulier de son état et de sa sortie, elle se souvient avoir pris un revolver et craint de s'en être servi dangereusement.

Le 7 juillet, on note encore un peu de bizarrerie de l'attitude, un certain degré de distraction : elle regarde encore de côté et d'autre, mais les réponses sont pertinentes et il n'existe plus de barrage.

Le 10 juillet, elle demande à s'occuper à des travaux de couture, l'appétit revient, elle reprend pied peu à peu dans le réel.

Elle se plaint d'une grande lassitude générale. Quelques toniques lui sont ordonnés et elle augmente de poids.

Le 15 septembre, elle vient spontanément se plaindre d'une grande lassitude et elle fait montre de quelques préoccupations hypocondriaques.

Elle souffre du rein gauche, dans les os, se sent « comme une per-

sonne usée dans ses organes ». Elle explique elle-même : « Je suis très gaie, parmi les malades je prends tout à la rigolade et cependant j'ai l'air triste. »

Une conversation prolongée ne révèle rien d'anormal.

En revanche, l'examen physique montre un certain degré d'anxiété morbide. Lorsqu'on examine ses pupilles, elle se dérobe en disant : « Je ne veux pas qu'on m'endorme. »

L'examen physique pratiqué à ce moment montre aux poumons un certain degré de rudesse respiratoire, surtout à gauche. Un cœur normal. Une tension artérielle à 14/9. Pouls régulier à 74. Les réflexes tendineux sont vifs.

Examens de laboratoire :

Urines : pas d'albumine, pas de sucre, pas d'acétone.

Sang : formules leucocytaires normales.

Urée : 0,42 p. 1000.

Courbe de poids : de 43 kg. en juin à 48 kg. en octobre 1937.

Examen radiographique : montre des hiles légèrement empâtés (réaction péri-bronchique ancienne et peu intense). Pas de lésions aux sommets. Les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont libres.

Elle adresse une lettre au médecin le jour même où elle répond à son désir d'avoir des renseignements sur la genèse de ses troubles mentaux. Sa lettre est rédigée d'une façon suivie et ne révèle aucun trouble du cours de la pensée, elle met en valeur quelques éléments revendicateurs dirigés contre ses patrons de Casablanca : « Je suis tombée souffrante par mauvais traitements de mes maîtres qui ne cherchaient qu'à me faire quitter, ne pouvant plus avoir tant de frais », elle les accuse également d'abus de confiance. Ils auraient voulu lui prendre « son contrat de travail qui se trouvait dans ses affaires ». Elle donne toutes les précisions possibles, cite des témoins pour prouver sa bonne foi.

Cette attitude revendicatrice se manifeste également au cours d'une conversation, le 25 septembre, mais dirigée cette fois contre la famille de son ancien ami.

Sa pensée est constamment portée sur cette famille, et par une sorte d'imposition elle revit sans cesse son séjour chez eux. Elle se plaint qu'ils ne veuillent point s'occuper d'elle, se considère des droits sur eux étant donné le dévouement qu'elle a manifesté pour son ami : « Sans moi, déclare-t-elle, abandonné comme il l'était par eux, il se serait suicidé. »

Elle se préoccupe également de plus en plus de sa sortie et paraît rendre responsable en partie la famille de son ancien ami de sa présence ici : « Si M. X... avait fait son devoir vis-à-vis de son frère, je ne serais pas dans un embarras de la sorte aujourd'hui. »

Le 11 octobre 1937, elle renouvelle sa demande de sortie et un interrogatoire prolongé montre la disparition totale des troubles qu'elle a présentés.

Sa mémoire est parfaite, elle donne toutes les précisions souhaitables, elle n'a plus cette bizarrerie de l'attitude qu'elle avait encore fin juillet, alors que les troubles avaient rétrogradé.

Son affectivité paraît très satisfaisante. On relève peut-être un peu d'imprécision, de diffusion dans la pensée, de verbosité, une certaine méfiance et quelques idées revendicatrices. Son comportement est très correct, mais elle a un penchant certain pour l'isolement, se liant et se confiant assez difficilement à ses compagnes. Son état général est bon, son appétit est satisfaisant. Son poids est passé de 43 kgs en juin à 49 kgs en décembre.

En résumé, notre malade a extériorisé à quatre reprises des troubles psychiques qui nécessitèrent l'internement. Ces troubles débutèrent assez rapidement chaque fois et ont toujours été précédés par un fléchissement de l'état général lié soit à un épisode pulmonaire, soit à un état infectieux, soit à un syndrome d'épuisement. Ils présentèrent un caractère passager qui nous permet de les qualifier de crise ou d'accès périodique.

La première de ces crises survint à l'âge de 35 ans, dura environ deux mois et guérit sans séquelles.

La deuxième se produisit 20 mois après, dura un peu moins de 5 mois, guérison sans séquelles, semble-t-il.

La troisième, 11 mois après, ne dure que 3 mois 1/2, il semble qu'il existe alors chez la malade du reploiement sur soi-même, de l'incuriosité, mais le comportement social est normal.

Enfin, quatrième crise environ 1 an après, qui dure environ un mois et demi, laissant après elle un certain degré d'anxiété morbide avec craintes puériles, et actuellement des éléments revendicateurs sur un fonds de méfiance.

Quel diagnostic porter en présence de ces accès ?

Un premier fait s'impose à l'esprit d'emblée : la répétition de manifestations pathologiques assez comparables au cours des divers accès.

En effet, l'analyse de ces manifestations morbides nous permet d'isoler chaque fois un syndrome confusionnel, un syndrome discordant à type de démence précoce, des éléments d'excitation et de dépression évoquant la maniaque dépressive, enfin un syndrome délirant hallucinatoire ou non.

La présentation au cours des quatre accès échelonnés sur 5 ans a donc pu varier dans le détail, dans l'ensemble les mêmes éléments sont chaque fois présents.

Ces accès semblables qui se reproduisent à intervalles sensiblement égaux relèvent donc de la même psychose, mais quel diagnostic précis porter ? Chacun des syndromes isolés peut constituer une entité morbide.

Le syndrome confusionnel a paru prédominant aux médecins qui traitèrent les deux premiers accès. Les cauchemars, l'onirisme terri-

fiant peuvent y être rapportés ; de même l'imprécision des souvenirs sur le début des accès, l'orientation assez approximative au cours des deux derniers internements.

Le sentiment d'étrangeté, l'impression de déjà vu, de fausse reconnaissance peuvent relever également de ce trouble.

L'attitude ambiguë, perplexe de la malade, la lenteur de ses réponses, son air étonné, son activité même, si bizarre, pourraient être mis sur le compte de la confusion, du ralentissement psychique. Mais il s'agit bien plutôt de barrage, d'ambiguïté de type hébéphrénique que de ralentissement confusionnel : les réponses sont évasives, on ne relève pas cet aspect de recherche douloureuse, cette reconquête lente et pénible des souvenirs qui sont si caractéristiques de la confusion classique.

Il y a bien un syndrome confusionnel, mais c'est un syndrome confusionnel atypique avec un aspect discordant frappant d'emblée et évoquant irrésistiblement la démence précoce. On relève en effet au cours de chaque accès un ensemble de symptômes classiques de démence précoce. L'indifférence à la situation, à l'interrogatoire, aux événements. L'inaffectivité à l'égard de sa famille. L'inertie avec mélange de passivité et d'opposition, de négativisme. L'aspect tantôt hébété, quasi-stuporeux, tantôt ironique, tantôt perplexe, le sourire stéréotypé, le faciès atone, indifférent ou interrogateur réalisant la bizarrerie de l'attitude, les réactions immotivées, les éclats de rire soudains, le mutisme et l'impulsivité, le maniérisme et l'hypermimie passagère, les grimaces et les contorsions, le théâtralisme ou les manifestations qualifiées de « pithiatiques » réalisant la bizarrerie du comportement.

Il existe en outre un état de dissociation intra-psychique. Il y a des troubles de l'attention, tant spontanée que provoquée, de la distraction avec circumspection, cet intérêt figé et pourrait-on dire vide pour les objets de l'ambiance, pour le mécanisme de la pendule par exemple.

On note des troubles importants du cours de la pensée : des barrages, de l'ambivalence ; des phrases ambiguës, sans liens entre elles, des réponses à côté, la diffusion et l'imprécision de la pensée.

Mais l'évolution déconcertante s'il s'agit de démence précoce nous oblige à envisager l'hypothèse d'une psychose maniaque dépressive dont on retrouve incontestablement les éléments dans la symptomatologie, éléments d'ailleurs très divers et qui devraient faire soulever l'éventualité d'un état mixte.

En effet, la manie peut être la cause de l'excitation psychomotrice, l'ironie, la fuite des idées, les associations verbales automatiques épisodiques, les chants, les quelques emprunts à l'ambiance. On peut cependant objecter qu'on ne trouve pas la gaieté expansive, la projection dans l'ambiance, le contact avec le réel du maniaque, que les troubles de l'humeur consistent surtout ici en instabilité et en irritabilité,

L'aspect stuporeux, la passivité épisodique peuvent être dus à la présence d'éléments dépressifs dont l'anxiété fait partie.

Ainsi l'ensemble des symptômes qui fait songer à la discordance schizophrénique peut à la rigueur être interprété comme une manie improductive ou une stupeur maniaque.

On doit retenir aussi l'évolution de l'accès avec son début brusque par des phénomènes d'excitation psychomotrice, puis le décours dépressif avec hypocondrie et asthénie.

Il nous reste enfin un quatrième diagnostic appuyé sur la notion de eurabilité et sur les idées délirantes de persécution, hallucinatoires ou non, qu'a manifestées notre malade : c'est l'hypothèse de bouffées délirantes polymorphes des dégénérés.

Nous devons nous y arrêter, car ce diagnostic peut être soutenu.

Il ne nous semble pas toutefois que, même si l'on accepte l'idée si combattue de dégénérescence, on puisse retrouver chez notre malade les antécédents, les stigmates tant physiques que psychiques sur lesquels s'appuyait Magnan pour affirmer la dégénérescence. Notre malade, dans les phases intercalaires, ne se présente pas comme une débile mentale.

Les éléments confusionnels, les idées délirantes de persécution, les hallucinations passagères, l'anxiété pourraient constituer le tableau clinique d'une bouffée délirante polymorphe. Mais le délire est incohérent, sans grande consistance, vite dissocié, il n'a pas le caractère de terreur pour ainsi dire vraisemblable de ces délires qui semblent puisés dans la vie. La motivation manque ou devient très vite inintelligible.

Enfin la symptomatologie hétéroforme que nous avons décrite plus haut est trop riche pour n'être considérée que comme un épi-phénomène.

OBSERVATION II. — Mlle B..., née le 3 juin 1917 à Paris, entre à l'Asile de Maison-Blanche, pour la première fois, le 13 avril 1932, pour un état d'excitation psychomotrice avec propos puérils, violence et incohérence, qui s'est déclenché brusquement chez cette fillette de 14 ans et a nécessité le 9 avril 1932 l'entrée à l'Hôpital Henri-Rousselle.

Lors des deux premiers examens on a été frappé par la discordance de cet état et on a porté le diagnostic Démence Précoce probable ou de forme hétéroforme de la démence précoce.

Les manifestations morbides sont apparues chez une enfant de 14 ans dont l'affectivité a toujours été normale, qui paraissait un peu étourdie, travaillait bien à l'école, était d'un caractère enjoué.

Elle a ensuite été en apprentissage chez une modiste qui était très satisfaite d'elle.

Antécédents héréditaires et collatéraux : un oncle serait particulièrement coléreux. Le père est décédé de tuberculose pulmonaire à l'âge de 29 ans. Elle a un frère qui est en bonne santé et d'intelligence normale.

Le passé pathologique de la malade est chargé : spasmophilie à l'âge de 11 mois, puis rougeole, scarlatine, varicelle, coqueluche, enfin, elle présente un premier accès d'excitation psycho-motrice qui éclate brusquement, le 3 janvier 1931, à la suite de la mort de sa tante, l'agitation est extrême, on note de l'anxiété : la malade refuse de s'alimenter craignant que sa mère ne « l'empoisonne ».

À la suite d'une hospitalisation à l'hôpital Henri-Rousselle, puis à Bicêtre, cet état se dissipe en une quinzaine de jours.

Ses premières menstruations apparaissent alors, coïncidant avec le retour à l'équilibre psychique. Elles sont régulières depuis ce moment.

Mlle B... est alors placée en apprentissage chez une modiste, à laquelle elle donne toute satisfaction, se montrant intelligente et habile, mais il lui était reproché sa lenteur et sa nonchalance, « se lever du lit était un supplice ».

Le 13 avril 1932, à Maison-Blanche, le certificat d'entrée est ainsi rédigé : début hétérophrénique probable, état excito-dépressif. Ambivalence.

L'excitation psychique est extrême, la malade chante, crie, a de l'insomnie, présente des alternatives de pleurs et de rires, fait des récits puérils laissant paraître des éléments de dissociation mentale, quelques éléments érotiques, aucune manifestation confusionnelle ; on note, en outre, du gâtisme.

À partir du 16 mai, c'est-à-dire un mois environ après son entrée, elle se calme, son excitation n'est plus qu'épisodique. L'équilibre psychique se rétablit progressivement, il est marqué par une reprise de l'activité utile de la malade.

Le 8 juin 1932 elle est rendue à sa mère, sur la demande de cette dernière. Le certificat de sortie porte le diagnostic d'hétérophrénie à forme dynamique.

Au dehors, cette activité utile va se développer, et, durant quelques mois, la *restitutio ad integrum* semble devoir être obtenue, toutefois, persiste un certain degré d'inertie et d'indifférence qui vont s'accroissant durant les premiers mois de 1933.

De nouveau, le 24 mars 1933, la malade est amenée à l'hôpital Henri-Rousselle pour une phase d'excitation intense. On note, à ce moment, une logorrhée maniérée, des idées délirantes très variables, incohérentes..., « elle a un noyau de pomme accolé dans la tête... ». Les thèmes mystiques, érotiques, dépressifs, se succèdent et se chevauchent. On note, en outre, des violences impulsives, des cris et des pleurs alternant avec des rires immotivés.

Le 28 mars 1933, on constate à Maison-Blanche un tableau de démence précoce agitée, avec dissociation mentale ; incohérence verbale, réponses à côté, barrage, ironie, propos symboliques, ambivalences multiples, écholalie et échopraxie, dépression avec auto-accusation. Par moments, idées de grandeur : « Elle veut sauver la France. »

Quinze jours après son entrée, l'état d'excitation n'a pas changé. La mobilité de l'humeur, les impulsions persistent. La malade a de l'insomnie. L'incohérence verbale est trop grande pour qu'on puisse isoler des idées délirantes caractérisées. C'est un défilé ininterrompu d'idées saugrenues, abandonnées aussitôt que formulées, créées en quelque sorte extemporanément, on y trouve de l'érotisme, de vagues idées d'influence et une certaine causticité.

« Qu'est-ce qu'il y a... vous ne me faites pas peur... C'est de l'auto-suggestion... je ne pense pas, cela me fait mal à la tête... hier on a bien rigolé... j'ai la peste et lui il a la lèpre, pour moi c'est un cochon... je me suis tenue ici pour l'histoire de la politique... si vous vous figurez que les Allemands referont... j'ai vu double... si on l'a marié avec moi ça ne lui plaît peut-être pas plus à lui qu'à moi, il pleurait, il m'a fait rire, il est rigolo... j'ai les yeux bleu clair, ça veut dire que je vais mourir bientôt... j'aime bien qu'on me souhaite la mort... »

A partir du 31 mai, les troubles morbides s'apaisent peu à peu. Le 7 juin, la malade est levée, calme, s'occupe ; l'amélioration s'accroît autorisant la mise en liberté le 15 juillet 1933.

Mlle B... reprend ses occupations de modiste, vivant avec sa mère.

Le 11 janvier 1937, la malade est internée pour la troisième fois pour un état d'excitation qui paraît tout à fait semblable au précédent. Le diagnostic de Démence précoce à forme hébéphrénique est à nouveau porté, on relève l'agitation, la discordance, les troubles du cours de la pensée, l'incohérence des propos, les réponses inadaptées, les ambivalences, l'extrême mobilité de l'humeur.

A l'entrée, on est en présence d'une jeune fille (elle a à ce moment 19 ans) bien constituée, dont l'orientation est satisfaisante tant dans l'espace que dans le temps, dont l'attitude est celle de l'étonnement et de la subanxiété.

On est frappé par la logorrhée avec déroulement ininterrompu d'idées sans suite, véritable brassage d'idées délirantes à thème très variable, et d'autre part par les troubles de l'humeur particulièrement discordants.

L'interrogatoire est difficile étant donnés les troubles de l'attention et ceux du cours de la pensée, le barrage, les réponses inadaptées, l'ambivalence. On note, en outre, une conscience de l'état pathologique : un sentiment d'étrangeté, des bizarreries, de l'incompréhension avec par moments un véritable état de perplexité douloureuse.

La variété des idées délirantes, érotiques, mystiques, euphoriques, à thèmes de grandeur ou de persécution avec la dissociation et l'anxiété sous-jacentes, apparaît nettement dans le fragment d'interrogatoire suivant :

« Je ne veux pas rester ici, on va me faire du mal (pleurs de peu de durée). Je suis allée dans un machin protestant où tout était convenable, on s'amusait entre jeunes gens et jeunes filles, convenablement, c'est peut-être le Bon Dieu qui me punit. On m'a dit que je rendais les

jeunes gens amoureux (rires). Je n'ai rien fait, ce n'est pas possible, il y a une vengeance contre moi, les gens sont jaloux, je le sais, je le sens bien. J'ai des voix... vous n'entendez pas ?... une femme dit dans le dortoir : ma mort, ma mort... je ne veux pas être la cause de la mort de quelqu'un... ».

Il s'agit d'une illusion plutôt que d'une hallucination auditive (on entend en effet dans le dortoir un bruit rythmé).

« C'est moi le diable, c'est un bandit corse qui me poursuit... » et assurances puériles de son innocence... « Que se passe-t-il ? Ne me faites pas de mal... »

Le langage est parfois fragmentaire, une moitié de phrase seulement est émise, le cours de la pensée est précipité, réalisant un aspect voisin de la fuite des idées. La malade passe rapidement d'une idée à l'autre, parfois avec une transition de consonance de mot commun à deux phrases, parfois sans transition apparente :

« Il faut de tout pour faire un monde, les Anglais sont très plaisants, il y a toute sorte de monde, vous avez l'air d'un Français... c'est vrai, on est élevé en France... non, ne me faites pas de mal, je ne veux pas... je ne veux pas... On disait que Jésus était blanc, on ne sait pas, on ne sait jamais si Jésus est celui-là ou un autre, on ne doit pas faire de mal, c'est toutes les patries qui se sont mises pour moi. Je ne veux pas qu'on me fasse du mal, mais je ne sais pas, je ne sais pas pourquoi... C'est comme ça que ça se passe dans les maisons, je vais bientôt mourir... Pauvre homme... vous êtes un pauvre homme ? Je ne suis pas une mauvaise femme ? Je ne voulais pas me marier avec un Juif... c'est trop horrible ce qu'on m'a fait... Pourquoi qu'on m'embête comme ça, ma mort à moi ? Dites, je l'ai su de force parce qu'on m'en a fait savoir, je n'y pouvais rien... Arrêtez, arrêtez... »

Il ne semble pas qu'elle ait de trouble psycho-sensoriel certain quoiqu'elle regarde autour d'elle en disant : « Ils doivent voir, il doit y avoir la télévision. »

A un moment donné elle se retourne et dit sur un ton plus violent, semblant répondre à quelqu'un :

« Ma mort, eh bien oui et que ce soit fini... On veut parler, on bégaye, et même on ne peut plus parler du tout... Pourquoi riez-vous, c'est vrai, c'est tout naturel de rire... tout le monde ne peut pas être triste... »

On ne relève pas de signes de catatonie si l'on n'excepte une certaine passivité, une certaine suggestibilité et le signe de la langue de Kraepelin.

L'examen somatique ne révèle rien d'anormal. Les réflexes ostéotendineux sont vifs. Les réflexes pupillaires sont normaux. Les appareils pleuro-pulmonaire et cardiaque sont normaux. La T.A. est à 13-8. L'examen radioscopique est normal. Les voies digestives sont saburrales. La voûte palatine légèrement ogivale ne peut être mise sur le compte d'une spécificité dont on ne relève ni dans les antécédents

héréditaires, ni dans les antécédents personnels, non plus que dans les épreuves de laboratoires (Bordet-Wassermann négatif) le moindre élément confirmateur.

Les recherches de laboratoire fournissent des résultats normaux :

Diurèse normale quantitativement et qualitativement, à l'exception d'une très minime quantité d'acétone disparaissant rapidement après l'entrée.

L'urée urinaire : 20 janvier 1937 = 19 gr. p. 1000 ; 10 février = 20 gr. p. 1000 ; 16 mars = 17 gr. p. 1000 ; 19 mars = 20 gr. p. 1000.

Aux mêmes dates, l'urée sanguine répond aux chiffres de : 0 gr. 45, 0 gr. 32, 0 gr. 42 et 0 gr. 40 p. 1000.

A l'épreuve de l'élimination colorée 55 p. 100 de phénolsufonephthaléine sont éliminés en 70 minutes. Les épreuves des éliminations azotées et chlorurées s'effectuent suivant des rythmes normaux. On note une très grosse élimination de Brome urinaire due, vraisemblablement à l'absorption de médicaments bromées. Brome sanguin et Brome urinaire sont revenus les 10 et 12 juin à des taux normaux étant respectivement de : 6 mmgr. et 4 mmgr., pour les urines et de 1,2 mgr. et 0,75 pour 1000 de sang frais total.

La formule leucocytaire, répétée à plusieurs reprises est normale, de même que le nombre et la qualité des hématies.

L'agitation de la malade est incessante, l'insomnie habituelle ; elle est impulsive et violente, son anxiété persiste faisant place très souvent à des rires inextinguibles, à une causticité parfois très vive.

Le mois de février s'écoule sans changement dans cet état.

Mars et avril se passent : l'agitation est toujours aussi vive, l'incohérence verbale et idéique, la mobilité de l'humeur sont aussi accentuées. L'impulsivité est extrême, elle frappe les malades, les infirmières, sa mère lorsqu'elle vient la visiter. A noter que les menstruations ont persisté.

Au début du mois de mai apparaît une accalmie très considérable. Il n'y a plus trace d'idées délirantes, ni d'anxiété ; elle garde un souvenir très net de tout ce qui s'est passé pendant cette période d'excitation.

Le désir d'une activité utile se manifeste.

La malade n'a plus d'insomnie, l'appétit revient en même temps que le gâtisme cesse.

L'amélioration persiste au point que la malade paraît absolument méconnaissable ; l'équilibre psychique est total, l'exploration du fonds mental ne décèle plus de traces de dissociation psychique, l'affectivité est normale. Il apparaît cependant une certaine teinte de tristesse et une certaine mobilité et instabilité de l'humeur. Elle est capable d'une activité utile très satisfaisante. Elle sort guérie le 18 juin 1937.

Résumons ainsi l'évolution clinique :

Le premier accès : survient à 14 ans, chez une fillette en pleine évolution pubérale, déclenché par le choc émotionnel provoqué par

le décès d'une tante, et caractérisé par de l'agitation anxieuse et des craintes exprimées d'empoisonnement. Cette bouffée éède en quinze jours environ et la guérison rapide apparaît en même temps que les premières menstrues. De retour au foyer familial, l'enfant fait son apprentissage de modiste.

Le deuxième accès : s'étend du 13 avril 1932 au 9 juin 1932, soit 56 jours environ, il est caractérisé par un syndrome hétérophrénique à forme dynamique.

De retour au foyer familial, Mlle B... reprend son activité, cependant, il se manifeste une certaine asthénie avec indifférence qui va s'accroissant jusqu'au :

Troisième accès : qui nécessite un séjour à l'hôpital du 28 mars 1933 au 16 juillet 1933, soit environ 140 jours. Le diagnostic de démence précoce avec phénomènes de dissociation mentale et ambivalences multiples est nettement affirmé. Cependant, des manifestations s'apparentant à la psychose périodique s'imposent au tableau clinique à certains moments : déroulement rapide des idées de causticité d'esprit, notamment pouvant en imposer, joint à l'état d'agitation motrice, pour un état maniaque. Ces signes vont du reste s'accroître lors du :

Quatrième accès : qui va du 14 janvier 1937 au 20 juin 1937, soit environ 157 jours ; durant cette période : aspect de démence précoce avec idées délirantes multiples, réactions impulsives et anxieuses, atténuation de l'affectivité, cependant qu'à certains moments on assiste à une présentation de type maniaque.

Le retour à un état d'équilibre psychique est obtenu progressivement à partir de mai 1937 ; lors de la sortie, le 20 juin, il subsiste une certaine inclination à la tristesse et une instabilité d'humeur, mais, par ailleurs, toutes les fonctions intellectuelles et affectives sont normales.

Dans cette observation on est frappé, à la fois, par l'intrication des symptômes de schizophrénie et d'état mixte et par l'évolution cyclique des manifestations morbides, avec retour à la normale et lucidité parfaite teintée cependant de tristesse et de nonchalance, sans déficit affectif. Nous ne discuterons pas à son propos comme nous l'avons fait dans l'exposé de notre premier cas, pour savoir s'il s'agit d'une démence précoce à forme intermittente, d'une psychose maniaque dépressive atypique, d'une schizomanie périodique, d'une bouffée délirante aiguë polymorphe et passagère rentrant dans le délire des dégénérés de Magnan. Chaque clinicien, selon son inclination, pourra adopter telle ou telle étiquette, selon la prédominance au moment de l'examen de tel ou tel symptôme. Dans un remarquable travail, H. Claude et J. Lévy-Valensi ont précisé, en une analyse

serrée, comment les signes considérés comme pathognomoniques, ou tout au moins comme essentiels, pour le diagnostic de démence précoce, tels que l'indifférence, la catatonie, la discordance, le caractère paranoïde du délire, peuvent se rencontrer épisodiquement dans la psychose périodique. Ces auteurs ont également précisé, avec juste raison, « que l'on est obligé de retourner à la clinique et d'essayer de lire les éléments du diagnostic sur les signes et sur l'évolution de la maladie, or, les premiers comme la dernière, peuvent être trompeurs ». De fait, c'est bien la conclusion à laquelle on doit aboutir, puisque nous ne possédons pas de test biologique pathognomonique. Parmi les derniers tests proposés est celui du brome sanguin (Zondek et Bier). Dans un de nos cas, nous avons envisagé de rechercher si le taux du brome sanguin pouvait orienter le diagnostic vers la maniaeco-dépressive plutôt que vers la démence précoce, nous avons vu plus haut comment la présence de grosses quantités de brome, due à l'ingestion de médicaments bromés, a rendu impossible cette recherche et contribué ainsi à faire comprendre combien l'hypothèse de Zondek et Bier est à sa base entachée d'erreur.

Ces psychoses, dont le tableau clinique est intermédiaire entre ceux de la démence précoce et de la maniaeco-dépressive, sont bien connues, mais surtout depuis que Truelle, en 1920, Séglas et Chaslin, puis J. Capgras et P. Abély, H. Claude et J. Lévy-Valensi, Heuyer et Dublneau, d'autres depuis, ont attiré en France l'attention de ces formes.

Pas plus que les auteurs précédents ne pouvaient le faire, nous ne pouvons aujourd'hui classer définitivement ces psychoses ; c'est pourquoi nous les rangeons dans ce groupe intermédiaire entre la démence précoce classique et la psychose maniaeco-dépressive. Mais ce que nous croyons intéressant de dire à propos de nos deux cas est :

1° La fréquence de ces formes intermédiaires gravitant autour des deux pôles : démence précoce et maniaeco-dépressive, produits épurés de notre imagination.

2° L'évolution le plus souvent cyclique, marquée par des rémissions telles que la *restitutio ad integrum* totale ou quasi-totale, permet la reprise de l'activité sociale complète et productive.

3° Le caractère généralement plus favorable de ces formes intermédiaires ou atypiques.

4° Leur déclenchement sous l'influence de causes multiples, d'où leur polymorphisme symptomatique.

Donc, tant au point de vue clinique que thérapeutique, il conviendra, en présence de tels cas :

I. De procéder à une étude minutieuse, rigoureuse, approfondie des symptômes, guidée toujours par un esprit critique ; nous ne ferons pas entrer obligatoirement tel cas dans un cadre nosologique déterminé ; nous noterons les symptômes s'apparentant plus volontiers à l'un ou à l'autre pôle, nous préciserons leurs particularités, leurs anomalies, les caractères de leur évolution, enfin, et c'est ce bilan clinique qui nous autorisera à motiver notre pronostic.

II. Nous n'omettrons pas non plus, pour motiver ce pronostic, d'établir la personnalité psychologique du sujet ; cette recherche sera faite avec fruit durant les périodes de rémission ou de guérison, permettant ainsi d'évaluer l'amplitude des troubles. Rouart, dans sa thèse, insiste judicieusement sur ces points. Cette analyse de la personnalité sera complétée par l'étude des antécédents personnels et héréditaires, qui nous aiguilleront vers ces défaillances de certaines fonctions vitales, bases mêmes de l'éclosion, de l'épanouissement et de l'évolution des troubles. Ces psychoses intermédiaires « ne sont que la réaction à des causes endogènes ou exogènes de tendances schizoïdes ou cycloïdes » (H. Claude et J. Lévy-Valensi). De fait, c'est ce que démontrera :

III. L'analyse des fonctions vitales. C'est à notre point de vue un examen capital, par celui-ci nous serons en mesure d'apprécier ces méiopragies viscérales, ces déficiences latentes de certaines fonctions (équilibres protéidiques, minéraux, dysrégulations lipidiques, osiques et autres), et d'expliquer le substratum biologique conditionnant l'apparition de ces psychoses longtemps placées sur le terrain de la dégénérescence.

Par là-même, nous avons une ligne d'action thérapeutique, on en conçoit tout l'intérêt. Qu'avons-nous relevé concernant cette nature du terrain vital sur lequel ont éclos les troubles rapportés ?

Dans l'observation n° I, de Mlle D..., les manifestations morbides ayant entraîné les quatre internements, ont été précédées d'une altération profonde de l'état général, accusée, soit par des épisodes pulmonaires avec poussées bronchitiques, soit par des états infectieux étiquetés grippal avec otorrhée unilatérale droite, soit par un syndrome d'épuisement provoqué par un travail trop pénible et une alimentation insuffisante. Sans doute

nos investigations dans ce domaine biologique n'ont pu être que fragmentaires et incomplètes, en raison des moyens dont nous disposons ; elles ont suffi cependant à nous prouver que l'organisme était capable de rétablissement.

Dans l'observation n° II, de Mlle B..., les troubles sont déclenchés, en pleine évolution pubérale, par un choc émotionnel ; ils se répètent d'une façon cyclique. Au point de vue biologique, nous observons des modifications de l'ovulation, dont le molen menstruel est écourté au fur et à mesure de la récupération psychique et physique. En effet, les menstrues apparaissent aux dates suivantes : 19-26 février (soit environ 7 jours), 14-22 mars (soit 8 jours), 6-13 avril (soit 7 jours), 10-12 mai (soit 2 jours), 5-7 juin (soit 2 jours).

Cette récupération de la puissance vitale du sujet est inscrite sur la courbe de poids : de 56 kgr. en février, à l'entrée, le poids tombe à 53 en mars, à 52 en avril, pour remonter brusquement à 55 en mai, et atteindre 60 kgr. 5 en juin, lors de la sortie. Nous insistons sur l'aspect en V de cette courbe, que nous avons eu l'occasion de signaler dans la phase de restauration des psychoses maniaco-dépressives, lors de nos recherches sur le métabolisme du brome. Nul doute que, dans ce cas, la chute du poids durant la période active de la maladie ne soit sous la dépendance de l'inhibition des fonctions d'échanges viscéraux et tissulaires liés à la dysrégulation psychique, inhibition qui se traduit par l'inappétence et la diminution de prise alimentaire.

A l'exception d'une acétonurie et d'une bromurie anormales lors de l'entrée, l'exploration des humeurs et excréta ne révèle pas d'anomalies : l'acétonurie régresse régulièrement malgré l'état d'agitation de la malade pour disparaître en une dizaine de jours. La bromurie, très considérable, et liée à l'élimination de médicaments bromés absorbés avant l'entrée à l'hôpital, diminue selon les rythmes que l'un de nous a précisés, pour atteindre un chiffre normal les 10 et 12 juin 1937.

Les déficiences viscérales ou endocriniennes qui précèdent l'apparition des manifestations mentales de nos sujets ne sont pas univoques ; chez l'une, il s'agit d'un syndrome d'épuisement avec manifestations pulmonaires ou infectieuses ; chez l'autre, ce sont des dysrégulations hormonales ; chez telle ou telle autre, ce pourrait être d'autres troubles. C'est précisément ce polymorphisme des altérations du substratum biologique qui conditionne en partie le polymorphisme des réactions du système nerveux et explique, en étroite union avec la personnalité psychologique du sujet, c'est-à-dire avec la qualité de son système

nerveux, la nature et la teinte des extériorisations pathologiques mentales.

Résumé. — Nous rapportons deux cas de psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la maniaco-dépressive chez des femmes de 38 et de 20 ans. Ces psychoses évoluent d'une façon cyclique et vers la guérison. A leur sujet, nous insistons sur la difficulté du diagnostic ; celui-ci sera fondé surtout par l'examen clinique. Cet examen clinique devra être complété par une étude détaillée des fonctions vitales du sujet pour en déceler les moindres défaillances, ce sont ces dernières qui conditionnent en partie le déclenchement des troubles, la symptomatologie et l'évolution de ceux-ci. C'est sur leur qualité et leur importance que le pronostic du syndrome mental pourra être établi, tout autant que sur la dissection psychologique pure.

En général, le pronostic de ces psychoses intermédiaires ou atypiques est plus favorable que celui de la démence précoce typique. Dans la démence précoce et la maniaco-dépressive, l'adultération des fonctions du système nerveux est prédominante par rapport aux méiopragies viscérales ou endocriniennes, contrairement à ce que nous avons observé dans les cas de psychoses intermédiaires.

M. Vié. — J'ai été très intéressé par le travail de mon ami, Chatagnon, qui insiste sur les facteurs biologiques des psychoses atypiques.

Dans la thèse de Villemez sur les démences vésaniques, nous avons abordé ces mêmes psychoses dans leurs stades avancés, et nous avons souligné le rôle du terrain, qui modifie le canevas schématique des types morbides et réalise des formes cliniques d'autant plus aberrantes que le facteur constitutionnel est plus accusé, d'autant plus atypique que ce facteur lui-même s'éloigne des formules simples.

En Allemagne, Karl Léonhard, disciple de Kleist, a repris le problème sous l'angle de la clinique et de l'hérédité. Dans son livre récent sur les tableaux morbides de déficit schizophrénique, il oppose les psychoses systématiques, à symptomatologie spécifique, bien tranchée, à évolution progressive, à séquelles importantes, et, d'autre part, les cas dépourvus de symptomatologie systématique, à éléments polymorphes, relevant de plusieurs séries, ou à symptômes isolés, telle que la schizophasie pure. Toutes les formes de transition existent. Comme Chatagnon, Léonhard insiste sur l'évolution périodique, par poussées, sur le pronostic assez favorable. Les tares héréditaires sont,

selon Léonhard, beaucoup plus importantes dans les psychoses non systématiques, et les troubles endocriniens y jouent un rôle plus grand.

Léonhard est parti de la schizophrénie, mais une discrimination semblable serait à opérer du côté de la psychose périodique, ainsi, par exemple, que M. Courbon l'avait indiqué.

En définitive, tout ceci nous ramène, par des voies multiples, à reprendre, sur des bases nouvelles, à l'aide des faits acquis depuis Magnan, l'étude de la dégénérescence.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — L'étude des cas soi-disant atypiques est très intéressante. En réalité, plus l'observation clinique s'étend, grâce aux progrès des techniques chimiques, physiques et autres, et plus se montre périmée l'ère des grandes synthèses psychologiques théoriques, si fort en honneur en Allemagne, surtout depuis Kræpelin. A bien examiner les psychopathes, on en arrive à cette conclusion que la psychose de chacun d'eux est atypique, car le type général est artificiel. La bonne méthode à suivre est celle du diagnostic vertical qui, par une vue en profondeur, établit le syndrome psychique, le confronte aux fonctions, le rattache aux perturbations biologiques sous-jacentes et individualise ainsi la maladie à combattre. En somme, c'est à un travail analytique, et l'on sait que l'esprit d'analyse est essentiellement français, que le psychiatre doit se livrer.

La séance est levée à 16 heures 30.

Le Secrétaire des séances,
Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 Mars 1938

Présidence : M. BOURGUIGNON, président

A propos du procès-verbal. Sur le signe de Babinski dans la poliomyélite,
par MM. BOURGUIGNON et LAIGNEL-LAVASTINE.

Deux observations de syndrome d'Adie, par M. le P^r POROT.

Présentation de deux cas un peu différents. Le premier était caractérisé par un syndrome assez pur ; le second, assez net, était accompagné d'une aréflexie généralisée avec tremblement et légère seansion de la parole.

L'examen neurologique du premier cas, une institutrice, était absolument négatif et les éléments découverts existaient déjà il y a 20 ans, car elle avait vu un médecin à cette époque.

Le deuxième cas prête à la discussion des rapports possibles du syndrome d'Adie avec un virus neurotrope. La malade était venue consulter pour un léger tremblement. Elle avait eu un état fébrile appelé fièvre muqueuse durant sa grossesse.

Discussion. — M. Alajouanine estime qu'en ce qui concerne l'étiologie, il faut être réservé et ne pas dire que la pupille tonique élimine la syphilis. La syphilis héréditaire est fréquente comme il l'a observée dans huit cas. Il a récemment observé un cas où le Bordet-Wassermann et le benjoin colloïdal étaient positifs dans le liquide céphalo-rachidien.

M. Vetter estime qu'il faut compléter tout examen par l'usage de la lampe à fente et le microscope.

Sur une affection caractérisée par des crampes diffuses et intenses d'un membre supérieur, puis une atrophie musculaire progressive avec fibrillation et signes pyramidaux, puis une terminaison fatale par cachexie, troubles bulbaires et stupeur, par MM. ALAJOUANINE et OLIVIER.

Un cas de sclérose latérale amyotrophique, par M. ALAJOUANINE.

Hypotonie et aréflexie tendineuse des quatre membres, nystagmus, troubles cérébelleux et dissociation syringomyélique scapulo-humérale survenus, à titre épisodique, au cours d'une paraplégie spasmodique par tumeur dorsale extradurale, par MM. J.-A. BARRÉ et A. CHARBONNEL (de Strasbourg).

Un homme de 59 ans est atteint de paraplégie spasmodique sérieuse par tumeur extradurale. Avant l'opération se développent sous les yeux des auteurs, sans cause apparente, de l'hypotonie et de l'aréflexie tendineuse non seulement aux membres supérieurs, mais aux membres inférieurs, qui font de la paraplégie antérieure une paraplégie flasque, la motilité volontaire et la sensibilité n'étant nullement modifiées. En plus, troubles cérébelleux des membres supérieurs et hyper-réflexie vestibulaire bilatérale avec nystagmus horizonto-giratoire. La tumeur est enlevée : les troubles paraplégiques s'amendent, ceux des membres supérieurs s'aggravent ; puis, le cortège des troubles surajoutés à la paraplégie disparaît rapidement et presque au complet en même temps qu'on applique la radiothérapie sur la région cervicale.

Parmi les hypothèses faites par MM. Barré et Charbonnel sur la cause de ces troubles passagers, l'opinion soutenue par P. Van Gehuchten (action hypotonisante et hyporéflexique des voies cérébelleuses) leur paraît la meilleure, encore que certaines considérations s'inscrivent contre elle.

M. Barré émet l'idée qu'il pourrait y avoir intérêt à provoquer la disparition des contractures chez d'assez nombreux paraplégiques spasmodiques et que des cas comme celui qu'il vient de rapporter peuvent aider au choix de l'intervention chirurgicale qui conviendrait. Rappelant les travaux récents de Putnam (de Boston) sur le traitement neuro-chirurgical de l'athétose, il souhaite que l'on reproduise ce qu'un processus pathologique, soit de dilatation épendymaire sus-lésionnelle, soit de congestion veineuse passive (Alajouanine) a pu réaliser chez son malade, en intervenant sur certains faisceaux (cordons antérieurs), opération à laquelle les progrès de la neuro-chirurgie récente permettent de penser.

M. LECONTE.

Séance du 31 Mars 1938

Présidence : M. MONIER-VINARD, ancien président

Hémiplégie purement déficitaire, symptomatique d'une tumeur sous-corticale sans hypertension du liquide céphalo-rachidien ni stase papillaire, par MM. J.-A. BARRÉ, KABAKER et CHARBONNEL (de Strasbourg).

Les auteurs rappellent les deux principaux types d'hémiplégie actuellement décrits dans les tumeurs de la zone frontale. Ils montrent par deux exemples pris dans une série qu'il peut exister un troisième type — purement déficitaire — avec hypotonie, diminution ou absence des réflexes tendineux, absence du signe de Babinski. Ce syndrome pyramidal, parfois très développé, peut être très léger et complètement ignoré du malade. Dans ce cas la recherche de la *manœuvre de la jambe* peut être précieuse et mettre sur la voie du diagnostic de tumeur. Ce syndrome déficitaire pouvant être *très précoce*, on voit l'intérêt qu'il peut y avoir à y penser pour ainsi dire systématiquement.

Discussion. — M. Chavany a vu souvent chez M. Vincent, le syndrome déficitaire au début des tumeurs du lobe frontal. Il s'agit alors de tumeurs malignes, à évolution rapide, tandis que dans les cas de véritable contraction pyramidale l'évolution est meilleure et plus longue.

M. Tournay rapporte le cas d'un médecin chez lequel après une phase de syndrome déficitaire isolée, apparaît une hémiplégie. Il s'agissait d'une tumeur maligne avec un reliquat d'hémorragie.

M. Lhermitte critique la notion d'irritation pyramidale, expression désuète qui date de Charcot. Les phénomènes observés sont exacts, mais correspondent à tout ce qu'on veut, sauf à une irritation.

M. Charpentier fait remarquer que M. Babinski ne disait pas irritation, mais perturbation pyramidale.

Un cas de lésion du faisceau central de la calotte avec retentissement olivaire sans myoclonie du voile (Etude anatomique), par MM. ALAJOUANINE et HORNET.

Un cas d'amyotrophie myélopathique progressive consécutive à l'injection de sérum antitétanique, par M. J. LHERMITTE.

Un combattant âgé de 25 ans reçoit une injection de sérum immédiatement après une blessure à la cuisse droite. Cinq jours après apparaît une faiblesse des membres supérieurs, laquelle s'atténue dans la suite mais incomplètement. Puis se manifeste une amyotrophie débutant par la racine des bras et la ceinture scapulaire, et poursuivant sa marche sans relâche. Actuellement, les membres supérieurs et la ceinture scapulaire sont très

atrophies, squelettiques et le quadriceps ainsi que le mollet gauches sont en voie d'atrophie.

Les réactions électriques sont caractéristiques d'une myélopathie progressive que confirme la biopsie du deltoïde.

Cette variété d'accidents nerveux post-sérothérapiques s'oppose aux paralysies dissociées du plexus brachial qui, pour la plupart, sont liés à une lésion funiculaire ou tronculaire.

Considérations étiologiques sur la maladie de Simmonds, à propos d'un cas de diabète insipide chez un jeune enfant ayant été opéré pour dégénérescence kystique cholestéatomateuse, par MM. Th. DE MARTEL et GUILLAUME.

Etude anatomique d'un cas de rage humaine, par M. J. TINEL.

Chez une femme de 62 ans, mordue il y a 4 mois en Roumanie, et ayant subi un traitement antirabique de 32 piqûres, la rage a éclaté brusquement sous forme d'une anxiété suraiguë, avec oppression terrible, agitation motrice et spasme hydrophobique aboutissant en trois jours à la mort en hyperthermie à 40°.

Au point de vue anatomique, l'auteur insiste sur le polymorphisme des lésions observées.

Les cellules de la corne d'Ammon sont littéralement bourrées de corps de Nigri, typiques, et cependant il n'y existe à peu près pas de réactions vasculaires et inflammatoires.

Mais la circonvolution de l'hippocampe, voisin, moins riche en corps de Nigri, présente au contraire une forte prolifération des cellules interstitielles avec ébauche de processus neurophagiques.

Au niveau du cervelet, nombreux corps de Nigri dans les cellules de Purkinje, sans réactions inflammatoires notables.

Dans les ganglions rachidiens se trouvent, associés à divers aspects de dégénérescence cellulaire, les nombreuses figures de neuronophagie signalées par Van Gehuchten et Nelis.

Au contraire, la moelle et le bulbe ne présentent que des lésions banales : énormes dilatations vasculaires, volumineux envahissements inflammatoires périvasculaires, dégénérescences cellulaires réalisant des aspects de chromatolyse intense ou même de véritable lyse cellulaire.

Il est vraiment singulier de voir comment à un même envahissement parasitaire, les divers territoires nerveux réagissent d'une façon très différente suivant leurs aptitudes réactionnelles particulières.

Atrophie musculaire progressive de type Charcot-Marie, associée à une névrite optique rétro-bulbaire et à une polyglobulie, par M. Ch. SARROUY (d'Alger).

L'observation qui a motivé le présent travail a trait à un adolescent de 17 ans porteur d'une atrophie musculaire progressive de Charcot-Marie, d'une névrite optique de Leber, d'une polyglobulie avec trouble de la coagulation, associées à une malformation du rachis dorsal.

L'intérêt du cas réside dans cette notion que les trois maladies, habituellement familiales, se présentent chez le même sujet à l'état isolé. Etant

donné les rapports, actuellement démontrés entre les polyglobulies erythro-génétiques et le diencéphale, l'auteur estime qu'il est légitime dans le cas présent, et précisément à cause de la névrite optique, de tenter un traitement radiothérapique de la région hypophysaire.

Un cas de prématuration sexuelle liée à l'hydrocéphalie,
par M. J. LHERMITTE.

Un enfant âgé de 11 ans, présentant une augmentation considérable du volume du crâne, présente soudainement, à l'âge de 9 ans et demi, un développement très rapide de l'appareil génital, sans développement parallèle de l'instinct sexuel.

La selle turcique n'est nullement déformée et présente seulement la pachybasie sellaire décrite par Lhermitte et Nemours-Auguste.

Dans ce cas, la prématuration sexuelle trouve sa raison dans la compression des centres végétatifs basilaires, de la région des corpuseules mammaires comme l'ont dénoncé Henyer, Lhermitte, Th. de Martel et C. Vogt.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 26 Mars 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

La thérapeutique des anomalies sexuelles graves par la castration.
A propos d'un cas d'exhibitionnisme opéré et guéri, par M. Jacques LEY.

L'expérience étrangère en cette matière a donné naissance à une abondante documentation scientifique dont l'étude permet de dire que l'efficacité de la castration dans le traitement des déviations graves de l'instinct génital masculin est aujourd'hui bien démontrée.

Les conséquences de la castration chez l'anormal sexuel sont très différentes de celles qu'on observe chez un sujet à sexualité normale. Les résultats de la castration chez l'homme adulte opéré pour anomalie sexuelle, sont envisagés successivement au point de vue des modifications de l'instinct sexuel, au point de vue somatique, au point de vue psychique, familial et social, et au point de vue des délits sexuels. Ces derniers disparaissent dans l'immense majorité des cas et les récidives sont rarissimes.

Les inconvénients ou les dangers de la castration sont négligeables, en regard des grands avantages qu'on peut en attendre.

L'attitude psychique du malade vis-à-vis de l'opération a une grande importance au point de vue du résultat : il faut que le malade se soumette librement à la castration avec le désir de guérir plutôt que celui d'échapper à une peine ou à un internement. C'est au médecin à pénétrer par une analyse psychologique approfondie, les véritables mobiles qui guident le sujet, et à les modifier le cas échéant. L'acte opératoire demande une préparation psychothérapique parfois longue et délicate. Si l'état mental du sujet est tel qu'il ne peut émettre un avis valable, l'assentiment des parents ou du tuteur doit être demandé.

Il ne faut pas perdre de vue cependant que la castration est une opération grave qui doit être réservée aux cas graves, lorsque l'inefficacité de tous les autres moyens thérapeutiques est démontrée, ou peut-être médicalement admise. En règle générale, la castration ne doit pas être pratiquée avant l'âge de 25 ans, et surtout pas pendant la période pubertaire. Dans les cas d'anomalies sexuelles sur fond de schizophrénie, l'opération est contre-indiquée.

La castration pour anomalies sexuelles n'est indiquée que chez l'homme. Chez la femme, l'expérience a donné des résultats décevants.

L'auteur présente un sujet de 37 ans, exhibitionniste récidiviste, dont l'affection présentait la forme obsédante et essentielle, et qui a été opéré il y a dix-huit mois. La disparition de la libido, de la puissance physique et des idées érotiques a été complète en trois mois. Le malade est guéri, il se déclare très satisfait et regrette de n'avoir pas été opéré plus tôt.

Les chances de survie et de guérison des paralytiques généraux, par M. P. Vervaeck.

La plupart des auteurs qui ont publié leurs résultats de traitement malade ne distinguent pas entre les guérisons anciennes et celles remontant à 2 ou 3 ans.

L'auteur a recherché le sort ultérieur de 104 paralytiques généraux hospitalisés il y a dix ans dans le service du Professeur A. Ley à Bruxelles. 89 furent impaludés, dont 2 étrangers perdus de vue. De ces malades, 13 seulement ont mené depuis lors une existence normale et paraissent encore aujourd'hui bien portants ; 43 n'ont jamais quitté l'asile, et 14 d'entre eux y vivent encore. Sur les 89 cures, 20 seulement peuvent être considérées comme favorables, soit que le patient vive encore en liberté, soit qu'il ait bénéficié d'une rémission appréciable.

Le pronostic n'est pas différent pour les deux sexes. Un seul des guéris présentait des signes associés de tabès. Contrairement à l'opinion classique, l'auteur a relevé des rechutes mortelles après 6 ans, après 9 ans.

Ses catamnèses sont nettement moins favorables que celles de Claude et Masquin, de Suckow et de Schmittermayer. La durée moyenne de séjour à l'asile des paralytiques généraux impaludés, évaluée après un terme de 10 ans, est de 3 ans 7 mois. Ceci tend à établir que la malarithérapie a alourdi la charge d'hospitalisation et contribue à l'encombrement des asiles.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 26 Mars 1938

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

Une nouvelle méthode d'imprégnation des neurofibrilles, par M. A. DEWULF.

Cette communication, qui a été déposée le 29 janvier 1938, apporte une méthode nouvelle d'imprégnation des neurones, qui est particulièrement intéressante, tant par sa rapidité que par les qualités des résultats obtenus. L'auteur est parti de l'hypothèse que les sels d'argent à l'état naissant pourraient imprégner le tissu nerveux. Le principe de la méthode consiste en l'adjonction de carbonate de soude à la solution de nitrate d'argent contenant les coupes. Il se forme instantanément dans l'épaisseur même de ces dernières un précipité de carbonate d'argent qui est redissous dans l'ammoniaque. Après un court passage dans le formol, les coupes peuvent être montées immédiatement et les résultats obtenus sont analogues à ceux du nitrate d'argent réduit de Cajal.

Syndrome de névralgie phrénique. Passage de l'influx nerveux au niveau du ganglion étoilé, par MM. DURIEU et DAGNELIE.

Les auteurs rapportent plusieurs cas de névralgie phrénique au cours d'affections pulmonaires. Ils ont observé de plus l'apparition d'un syndrome d'algie phrénique à la suite d'une anesthésie du ganglion stellaire. Ils admettent que ce ganglion a été traumatisé par l'aiguille au cours de l'intervention. Cette constatation les a conduit à anesthésier le ganglion étoilé dans plusieurs cas de névralgie phrénique. La douleur spontanée et la sensibilité aux « points phréniques » disparaissent en même temps qu'apparaît le syndrome de la paralysie du sympathique cervical. En outre, au cours d'une intervention thérapeutique sur le nerf phrénique, ils ont observé la disparition de la scapulalgie provoquée par le pincement ou le tiraillement du nerf dès que le sympathique cervical est paralysé par anesthésie. Le ganglion étoilé constitue donc un lieu de passage obligatoire pour la sensibilité consciente du phrénique. Cette hypothèse trouve un appui dans les recherches expérimentales de Pollock et Davis sur le chat. Ces auteurs ont établi, au moyen de diverses sections nerveuses (racines postérieures,

moelle, entre C⁴ et D⁴, racines antérieures, chaîne sympathique cervicale) que l'influx nerveux d'origine phrénique passe par la chaîne sympathique cervicale.

Les résultats obtenus par les auteurs, soit par anesthésie stellaire au cours de névralgie phrénique, soit par anesthésie lors d'excitation directe du nerf plaident en faveur de l'analogie des voies de conduction chez le chat et l'homme.

Le problème de la localisation et des ataxies corticales (Comme conclusion à des recherches anatomo-expérimentales), par M. Michel A. GEREBTZOFF.

Dans un premier chapitre, paru dans le numéro de février du *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, l'auteur avait montré que les travaux des anatomistes, si on les compare à ses travaux personnels, prouvent que dans la série animale et chez l'homme, la voie cérébello-cérébrale s'épuise en dernier lieu dans l'aire prépariétale 5 de Brodmann, aire qui correspond chez l'homme à la portion postérieure du lobule paracentral et à la partie adjacente de la circonvolution pariétale supérieure.

Dans le second chapitre, l'auteur montre que les faits anatomiques sont étayés par des constatations physiologiques et cliniques : un syndrome pseudo-cérébelleux prépariétal a été décrit à plusieurs reprises. Il distingue les ataxies pseudo-cérébelleuses corticales en deux classes : d'une part, les ataxies à prédominance efférente, ataxies produites par lésion d'aires reliées au cervelet par les voies cortico-ponto-cérébelleuses : ataxie frontale de Bruns, ataxie prémotrice et ataxie temporale ; d'autre part, l'ataxie prépariétale, par lésion des terminaisons de la voie cérébello-thalamo-corticale.

Dans un dernier chapitre, une synthèse des localisations fonctionnelles dans l'écorce cérébrale d'après les aires cytoarchitectoniques est esquissée, montrant la place qu'occupent les aires eutaxiques dans le plan général de la localisation cérébrale. L'auteur divise l'écorce en trois niveaux fonctionnels, chacun formé de deux plans : un plan principalement sensoriel ou afférent, post-rolandique, et un plan principalement moteur ou efférent, pré-rolandique. Ces plans sont symétriques de part et d'autre de la scissure de Rolando. De plus, au pôle frontal est localisé un centre moteur, coordinateur (cérébello-vestibulaire) : pôle coordinateur ; au pôle occipital se trouve un centre sensoriel : pôle visuel.

Le niveau fonctionnel primaire est formé du plan sensoriel (pariétale ascendante et aire acoustique sensorielle) et du plan moteur (frontale ascendante) ; lui appartient aussi l'aire striée du pôle occipital. Le niveau secondaire comprend le plan gnosique (portions du lobe pariétal adjacentes à la pariétale ascendante, aire de gnosie acoustique) et le plan praxique (piéds d'insertion des trois frontales horizontales) ; on peut aussi lui attribuer le pôle coordinateur, la portion gnosique du pôle visuel (aire péristrie) et le centre eulexique du gyrus angularis. Enfin le niveau tertiaire est formé des plans associatifs antérieur et postérieur, qui comprend le reste de l'écorce, sous réserve des localisations encore très mal connues de certaines fonctions, telles les aires corticales olfactives, gustatives, végétatives.

Ainsi, l'hémisphère cérébral offre, d'après les schémas de l'auteur, l'aspect d'un éventail présentant de chaque côté du Rolando trois plans et un pôle symétriques.

Anomalie vertébrale et troubles radiculaires, par M. M. LEROY.

Une femme de 59 ans se plaint de douleurs dans les cuisses, exagérées par la toux, et de raideur dans les jambes, surtout à droite. La démarche est légèrement spastique, les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés à droite, il existe un déficit des sensibilités dans le domaine de L⁵ à S¹ du même côté.

La ponction lombaire montre une ébauche de dissociation albumino-cytologique. Il n'existe pas de troubles sphinctériens.

Une étude radiologique minutieuse, avant et après lipiodol, a permis à l'auteur de démontrer un léger déplacement en avant de L² un spondylolysthesis de L³ avec hiatus entre les deux vertèbres, déformations qui expliquent les symptômes de compression. La cause de ces déformations réside peut-être dans des traumatismes répétés. L'auteur pose la question de savoir si une intervention chirurgicale est indiquée.

Médulloblastome kystique de l'adulte, par MM. CHRISTOPHE et DIVRY.

Un homme de 25 ans souffre de céphalées bien localisées dans la région pariétale postérieure, survenues brusquement, à la suite d'un éternuement. La douleur résiste à toutes les thérapeutiques, et s'accompagne d'une légère sensation d'ébriété. Les examens neurologiques radiographique et oculaire fournissent des résultats normaux. Seule la tension de l'artère centrale de la rétine se montre exagérée. Deux essais de ventriculographie par voie lombaire échouent. La ventriculographie par voie directe montre une hydrocéphalie interne généralisée qui fait conclure à un blocage postérieur au niveau du IV^e ventricule. L'intervention sur la fosse postérieure fait découvrir un kyste intra-cérébelleux droit qui est enlevé. L'amygdale droite était énorme et protégeait l'autre, ce qui a évité l'engorgement.

Le malade a été maintenu pendant 72 heures en position ventrale, sur la table d'opération, précaution que les auteurs considèrent comme essentielle dans les interventions sur cette région. Le malade a guéri sans complications et sans séquelles. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un médulloblastome kystique, tumeur exceptionnelle chez l'adulte.

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue française

XLII^e session (Alger, 6-11 Avril 1938)

Président : M. le D^r Th. SIMON (de Paris)

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française a tenu sa 42^e session à Alger, du 6 au 11 avril 1938, sous le Haut Patronage de M. LE BEAU, Gouverneur général de l'Algérie, et sous la présidence de M. le Docteur Th. SIMON, de Paris.

Le Professeur H. ROGER, de Marseille, était vice-président. Faisaient également partie du Bureau : MM. le Professeur Pierre COMBEMALE, secrétaire général de l'Association, le D^r VIGNAUD, trésorier, et le Professeur A. POROT, d'Alger, secrétaire annuel.

Cette session connut un très grand succès. Sous la présidence de M. GRÉGOIRE, secrétaire général du Gouvernement de l'Algérie, et en présence de M. le Professeur LEBLANC, de la Faculté d'Alger, la séance inaugurale eut lieu dans la Salle Gsell de l'Université d'Alger. Nous donnons ci-dessous le compte rendu des séances scientifiques qui furent très suivies. Dans l'intervalle de ces séances, des réceptions somptueuses et des excursions nombreuses permirent à tous d'apprécier les sites pittoresques et les trésors archéologiques de ce merveilleux pays et d'admirer, comme il y a quelques années au Maroc, le splendide rayonnement de la culture et de la civilisation françaises dans cette autre région de l'Afrique du Nord. Les congressistes eurent aussi le privilège d'assister à l'inauguration de l'Hôpital psychiatrique de Blida-Joinville. Cet hôpital moderne, élevé au cœur de la

plaine fertile de la Mididja, à quelque cinquante kilomètres d'Alger, abrite déjà plus de mille malades, tant Européens qu'indigènes, répartis dans de nombreux pavillons qui portent les noms des plus illustres psychiatres français du siècle dernier. Au cours de cette cérémonie, le Gouverneur général LE BEAU et d'autres orateurs rendirent un hommage bien mérité au Professeur POROT, conseiller technique de psychiatrie au Gouvernement général, dont les heureuses initiatives et l'inlassable dévouement permirent de surmonter toutes les difficultés rencontrées.

Le Bureau de l'Association sera composé, en l'année 1939, de M. le Prof. H. ROGER (de Marseille), *président* ; M. le Prof. A. POROT (d'Alger), *vice-président* ; M. le Prof. Pierre COMBEMALE (de Bailleul), *secrétaire général* ; M. le Docteur VIGNAUD (de Paris), *trésorier*. La 43^e session se tiendra à Montpellier, du 22 au 27 septembre 1939. Au Bureau ci-dessus sera adjoint, en qualité de *secrétaire annuel*, M. le Docteur HUGUES, de Montpellier. Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour de la 43^e session : 1° *Rapport de Psychiatrie* : Les anorexies mentales, par M. le Docteur A. CRÉMIEUX, chef de clinique des Maladies mentales à la Faculté de Médecine de Marseille ; 2° *Rapport de Neurologie* : Les problèmes psychiatriques et neurologiques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens, par MM. les Docteurs SCHMITE (*in memoriam*) et SIGWALD, ancien chef de clinique de la Salpêtrière ; 3° *Rapport de Médecine légale* : Les conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels, par M. le Docteur LÉCULIER, médecin-chef de l'Hôpital psychiatrique de Bégard.

DISCOURS INAUGURAL

L'orateur a choisi comme sujet « un personnage que nous côtoyons tous les jours, mais auprès de qui nous ne passons guère que d'un air toujours distrait et dont nous ne parlons quasi-jamais... peut-être simplement parce qu'il nous embarrasse, tant est grande notre déformation professionnelle ». Ce personnage si répandu et si peu connu, c'est l'homme normal.

Dans cette allocution, empreinte de philosophie, l'orateur fait avec finesse et esprit le tableau de l'homme normal... et aussi celui de la femme normale. Il examine ceux-ci sous tous leurs aspects : neurologique, psychique, intellectuel. Constatant que l'homme est en continué changement, il termine par cette conception dynamique que l'homme normal « n'est pas seulement, n'est peut-être pas tant celui qui est que celui qui devient ». Une nombreuse assemblée applaudit longuement la péroraison de l'orateur : « Le normal, c'est l'homme de demain, que vous, jeunes gens et jeunes filles, qui rêvez d'une vie cent pour cent, pouvez et devez devenir : hommes à la pensée lucide et au cœur généreux, esprits largement ouverts, critiques sans parti-pris ni passion, communiant intensément par une culture inlassable avec l'ensemble des générations à travers les espaces et les temps, travaillant en vue d'une action toujours plus juste et à réaliser ainsi, en vos personnes, autant d'échantillons de l'idéal humain. »

RAPPORT DE PSYCHIATRIE

Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales,
par M. le Prof. D. SANTENOISE (de Nancy).

Parmi les perturbations fonctionnelles observées dans les psychoses et les névroses, les troubles neuro-végétatifs occupent sans contredit une place importante. Et cependant, malgré le grand nombre de travaux qui ont été consacrés à ce sujet, il apparaît que les données cliniques et physiologiques que nous possédons aujourd'hui sur l'organisation et le fonctionnement du système nerveux végétatif, ainsi que sur les méthodes d'exploration et leur interprétation, ne permettent pas encore d'assigner aux états mentaux une formule de troubles neuro-végétatifs suffisamment définie et complète pour être caractéristique. La raison en est que, d'une part, la nosographie psychiatrique actuelle se prête assez difficilement (sauf pour certaines maladies mentales comme la paralysie générale) à la description ou à la définition de caractères nosographiques biologiques spécifiques. D'autre part, il faut souligner que les méthodes d'exploration du système nerveux végétatif actuellement utilisées, et dont l'emploi a donné lieu suivant les auteurs aux résultats les plus contradictoires, sont dans l'ensemble passibles de critiques graves et que leur interprétation est extrêmement délicate si l'on veut leur donner une signification véritablement physiologique et ne pas se contenter des mots de vagotonie, sympathotonie ou neurotonie. Même en ce qui concerne les épreuves pharmacodynamiques, dont l'interprétation peut soulever de grandes difficultés, il y a lieu d'émettre de prudentes réserves. Seules les explorations effectuées à l'aide de mimétiques parfaits (tels l'adrénaline) peuvent résister à une rigoureuse critique physiologique ; les drogues comme l'ésérine et la pilocarpine exercent des effets complexes, à la fois sur l'activité fonctionnelle sympathique et parasympathique et déclenchent des modifications importantes de certaines glandes endocrines. Enfin, dans la régulation de l'excitabilité et de l'activité tonique des centres nerveux, de la conductibilité des voies afférentes et efférentes, dans le jeu des articulations synaptiques ainsi que sur l'efficacité des efférences nerveuses sur les organes effecteurs interviennent de nombreux facteurs capables de modifier l'allure, l'intensité et même le sens de la réponse ; parmi ces facteurs, il convient de souligner la composition chimique du milieu humoral, les équilibres physico-chimiques de ce milieu, la présence éventuelle de divers métabolites ou hormones.

Ces réserves étant faites, on peut dire que l'investigation clinique a mis en évidence chez les *émotifs* et les *anxieux hyperémotifs* un syndrome végétatif caractérisé par une hypertonie et une hyperexcitabilité anormales du sympathique, ainsi que par un véritable crétinisme du système adrénalinogène. Ces résultats voient leur intérêt décuplé du fait que d'une part des données physiologiques récentes permettent d'affirmer l'existence de certaines corrélations précises entre l'activité du système nerveux végétatif et les réactions émotives, et que d'autre part l'emploi de la *vagotonine*, nouvelle hormone pancréatique isolée par le rapporteur, a chez les anxieux un effet thérapeutique des plus nets se caractérisant par une atténuation des troubles du système sympathico-adrénalinique et par une sédation concomitante des symptômes psychiques morbides.

Dans l'épilepsie et dans la manie intermittente, il semble exister une relation assez nette et assez régulière entre le développement d'une hyperexcitabilité réflexe vagale et parasympathique et l'apparition de certains états d'hyperexcitabilité psycho-motrice ou d'excitation psychique. Or, le rapporteur a pu établir expérimentalement que, sous l'action excito-sécrétoire du vague, l'appareil thyroïdien déverse une substance de caractère hormonal dont il a décelé la présence dans le sang efférent de l'appareil glandulaire, substance qui agit puissamment sur l'excitabilité du cortex cérébral psycho-moteur.

Chez les *hébéphréniques*, on constate le plus souvent une diminution très nette de la réactivité vagale et parasympathique, trouble qui est peut-être à la base des notables modifications de la régulation de l'activité psycho-motrice que l'on observe chez ces malades.

Pour les autres états mentaux, bien qu'il soit vraisemblable que des interactions existent entre l'activité intellectuelle, la vie affective et l'état fonctionnel neuro-végétatif, il est encore impossible à l'heure actuelle de tenter une synthèse des résultats concernant l'état du système neuro-végétatif.

L'auteur conclut que les recherches concernant les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales méritent d'être poursuivies à la lumière des acquisitions récentes de la physiologie. Il ne doute pas que l'étude physiologique des rapports fonctionnels du système végétatif neuro-endocrinien et du système nerveux et des appareils de la vie de relation permettront d'éclairer la physiopathologie de certains facteurs, tout au moins, des états psychopathiques.

DISCUSSION

M. le Prof. W. Boven (de Lausanne) fait remarquer combien la notion de neurotonie vagosympathique a un caractère flou et artificiel, d'autant plus que le tonus vagal ou sympathique est susceptible de variations à type segmentaire, parfois durables. Il rappelle les travaux de Toulouse, Marehand et Courtois révélant le caractère toxico-infectieux de certains grands syndromes mentaux et suggérant, par l'existence notamment des troubles du métabolisme azoté, le diagnostic d'encéphalite étendue à la région des centres végétatifs du plancher du III^e ventricule et de l'hypothalamus. Il signale enfin que certains auteurs allemands accordent à l'histidine une valeur pathogénique de premier ordre et que même Bumke considère celle-ci comme l'intermédiaire chimique de la dégénérescence schizophrénique.

M. Logre (de Paris) propose de faire une discrimination entre les émotifs et les anxieux réactionnels d'une part et spontanés d'autre part.

M. P. Hartenberg (de Paris) partage entièrement les réserves du rapporteur sur les procédés de recherche employés jusqu'à ce jour pour étudier les troubles neuro-végétatifs dans les maladies nerveuses et mentales. L'étude des tonicités du vague et du sympathique par la provocation des réflexes et par les épreuves pharmacodynamiques a abouti à un échec : les méthodes sont trop arbitraires et les résultats trop contradictoires pour qu'il soit possible d'en tirer des indications précises, tant sur les perturbations du système neuro-végétatif que sur leur rôle pathogénique dans les affections du système nerveux. Pour apprécier à leur juste valeur l'activité et les désordres de ce système, il propose non seulement d'interroger quelques réflexes et de produire quelques réactions médicamenteuses, mais encore d'observer minutieusement les diverses fonctions viscérales, glandulaires et humorales qu'il commande, de façon à réaliser avec les chiffres obtenus une formule synthétique qui serait caractéristique pour chaque cas déterminé.

M. le Prof. Barré (de Strasbourg), envisageant plus particulièrement la catégorie des anxieux, se demande si ceux-ci peuvent être considérés en bloc, tant sont variées les formes cliniques et nombreuses les étiologies en action. A propos de la séméiologie neuro-végétative, il fait à son tour remarquer combien les moyens diagnostiques mis à notre disposition ont une valeur incertaine. Enfin, puisque des états neuro-végétatifs opposés peuvent coexister sur des segments voisins d'un même individu, et changer rapidement dans leur topographie sous des influences nombreuses dont beaucoup restent inconnues, il en arrive à se demander s'il est réellement légitime de caractériser le type végétatif général d'un sujet par la forme que prend un réflexe déterminé, tel le réflexe oculo-cardiaque.

M. le Prof. P. Combemale (de Bailleul) souscrit entièrement aux conclusions du rapporteur et, comme lui, recommande d'être très prudent dans l'interprétation des résultats fournis par les réflexes oculo-cardiaque et solaire. L'arythmie respiratoire et l'accélération cardiaque à la déglutition n'apportent habituellement pas de renseignements meilleurs que les deux réflexes classiques.

Pour corriger les troubles de l'activité des systèmes sympathiques, il passe en revue les principales drogues utilisées et leur point d'action sur le trajet de l'arc réflexe. Il propose, pour lutter contre les états d'hypofonctionnement, de rechercher plus particulièrement du côté des substances mères aux dépens desquelles la terminaison du nerf libère acétylcholine et sympathine, qui conditionnent les réponses des tissus.

M. P. Courbon (de Paris) montre que la recherche de l'état neuro-végétatif donne des résultats contradictoires chez les aliénés parce que l'indocilité du sujet gêne la manœuvre, parce que sa méfiance à l'égard de l'opération crée un état mental d'hyperémotivité temporaire et parce que les auteurs font parfois du mot anxiété le synonyme de dysphorie. Chez les hommes normaux placés dans des circonstances angoissantes (condamnés à mort, expectants d'une opération ou d'un concours), elle ne serait guère plus concordante, car il n'y a pas parallélisme forcé entre la potentialité affective théorique d'une émotion et la réalité affective de sa réaction. Quant à la chirurgie du sympathique (sympathectomie, novocainisation stellaire), elle est susceptible à son avis de modifier l'état neuro-végétatif et de guérir l'anxiété.

M. le Prof. A. Donaggio (de Bologne) croit que si une grande partie des troubles neuro-végétatifs observés chez les psychopathes paraissent ne pas relever de lésions anatomo-pathologiques, la faute en est à l'insuffisance des disciplines morphologiques modernes. Il rappelle à ce sujet que, en utilisant une méthode personnelle de coloration, il a réussi à mettre en évidence des altérations morphologiques là où d'autres techniques avaient échoué.

M. J. Hamel (de Nancy) a observé, au point de vue végétatif et humoral, une véritable opposition entre les réactions des catatoniques et celles des hébéphréniques. Dans les formes cliniques de la démence précoce, où prédominent les aspects catatoniques, le syndrome biologique s'apparente plus à celui de la folie périodique qu'à celui de l'hébéphrénie.

M. le Prof. Euzière (de Montpellier) poursuit depuis plusieurs années dans son service l'étude des troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales.

Chez les épileptiques, il n'a pas constaté l'hypervagotonie signalée par de nombreux auteurs, mais plutôt une hypoamphotonie prédominant sur le vague et provoquant une sympathicotonie relative apparente. Il insiste sur

l'instabilité vasculaire et les troubles de la zone réflexogène sino-carotidienne qu'il a observés chez ces malades.

Chez les mélancoliques, il a noté le plus souvent de l'hypotonie vagale avec exagération de l'irritabilité vagosympathique, une action pressive du tonus sino-carotidien et des résultats très variables à la recherche du réflexe sino-carotidien.

Enfin, chez les déments précoces, il a trouvé surtout de l'hypotonie et de l'hypoexcitabilité vagosympathiques, aussi bien aux excitants mécaniques qu'aux agents pharmacodynamiques.

RAPPORT DE NEUROLOGIE

Les formes cliniques inhabituelles de la neurosyphilis, par M. P. NAYRAC (de Lille).

Par neurosyphilis, il faut entendre seulement la neurosyphilis à lésions spécifiques *actives*, et non pas toutes les affections qui peuvent tirer leur origine première d'une syphilis ancienne. Il est en effet préférable de limiter la neurosyphilis aux seuls cas thérapeutiquement accessibles, c'est-à-dire à ceux où des faits précis permettent d'affirmer non seulement l'origine, mais encore la *nature* syphilitique du tableau clinique.

Ces faits peuvent être de quatre ordres : cliniques, thérapeutiques, sérologiques et anatomiques.

Schématiquement, les lésions se ramènent à trois types principaux : vasculaire, interstitiel et parenchymateux. Les aspects de transition sont plus nombreux que les lésions de type pur.

L'adjectif « inhabituel » se définit de lui-même : tous les cliniciens diront sans hésiter si telle forme clinique appartient ou non aux formes habituelles de la neurosyphilis.

Trois circonstances principales peuvent être réalisées dans la pratique : d'abord, on peut observer une disposition inhabituelle des éléments de formes habituelles (ex. : syndrome d'ataxie aiguë tabétique) ; puis, on peut observer un tableau clinique plus original, peu fréquent, mais dont la nature est généralement syphilitique (ex. : poliomyélite antérieure chronique) ; enfin, il se peut aussi que, dans un cas particulier d'un syndrome de fréquence variable, quelquefois d'une assez grande banalité, on puisse mettre en évidence la syphilis, alors que dans la grande majorité des cas le syndrome observé n'est pas syphilitique (ex. : syndrome parkinsonien).

1° Dispositions inhabituelles des éléments de formes habituelles.

a) *Syndrome de Guillain-Thaon*. — Ce syndrome associe des signes de paralysie générale, de tabès et de myélite, ces signes parfois contradictoires pouvant se combiner diversement. Ces malades sont en général plus ataxo-spasmodiques (avec signe de Romberg) que paralytiques. Les réflexes tendineux peuvent être, selon les cas, exagérés, diminués ou abolis. Le signe de Babinski et celui d'Argyll-Robertson sont absolument constants, ainsi que les troubles objectifs de la sensibilité (analgésie achilléenne et testiculaire). L'état mental est voisin de celui de la paralysie générale. On observe le plus souvent de la dysarthrie. L'examen anatomique montre des lésions diffuses dont la nature est empruntée aux diverses formes anatomiques habituelles.

Ce syndrome est extrêmement grave et, en général, amène une issue fatale dans l'espace de 3 ou 4 ans.

b) *Syndrome d'ataxie tabétique aiguë*. — Il s'agit d'un tabès à évolution aiguë et dont les symptômes diffèrent de ceux du tabès habituel en ce qu'ils présentent une bien plus grande intensité et une bien plus grande extension, atteignant par exemple les groupes musculaires de la tête et du membre supérieur. C'est en somme un tabès exubérant au triple point de vue de son évolution, de son intensité et de sa topographie.

Quand on étudie soigneusement les antécédents de ces sujets, il paraît probable que le tabès était constitué avant les accidents aigus, mais avait été méconnu, faute de gros troubles subjectifs.

2° Syndromes habituellement syphilitiques, mais peu fréquents.

a) *Syndrome de poliomyélite antérieure chronique*. — Le début, lent et progressif, se fait habituellement par les muscles de la main. Puis l'atrophie musculaire progresse de façon discontinue et dyssymétrique, avec des poussées évolutives. Les contractions fibrillaires font défaut dans une proportion notable des cas. Il est très fréquent de constater des signes traduisant l'extension du processus méningomyélique à certains cordons blancs médullaires.

Le traitement antisiphilitique n'a souvent qu'une action incomplète. Dans tous les cas d'amyotrophie myélopathique, à moins que la syringomyélie ne soit évidente, il faut *a priori* considérer comme probable l'étiologie syphilitique. Léri pensait même que l'amyotrophie est aussi spécifique de syphilis que le tabès.

b) *Syndrome infundibulo-tubérien*. — Compte tenu de la grande fréquence des tumeurs dans la détermination de ces syndromes, le rôle de la syphilis dans la pathologie de l'infundibulo-tuber est de premier plan. Les lésions syphilitiques de cette région répondent à des processus anatomiques multiples, parmi lesquels on rencontre surtout la méningoencéphalite et la méningovascularite.

Les tableaux cliniques réalisés sont ceux, extrêmement variés, que détermine toute localisation morbide sur les centres neurovégétatifs de cette région. Ces divers éléments cliniques peuvent se grouper entre eux de la manière la plus disparate.

Ces faits cliniques sont assez nombreux pour qu'un syndrome infundibulo-tubérien non tumoral constitue *a priori* une présomption de syphilis. Encore tous les syndromes infundibulo-tubériens ne réagissent-ils pas de la même façon à l'égard du traitement.

3° Syndromes de fréquence quelconque, mais habituellement non syphilitiques.

a) *Syndrome de sclérose latérale amyotrophique*. — On peut rencontrer, chez un syphilitique, une amyotrophie myélopathique progressive associée à un syndrome pyramidal, le tout simulant de très près la sclérose latérale amyotrophique. Même sans traitement, le syndrome syphilitique évolue en général très longuement, tandis que la durée moyenne de la maladie de Charcot dépasse rarement deux ans.

Cliniquement, le diagnostic différentiel est parfois difficile. On ne peut à peu près jamais affirmer à coup sûr qu'un syndrome de sclérose latérale amyotrophique n'est pas syphilitique. Il y a donc lieu de faire presque systématiquement le traitement antisiphilitique.

b) *Syndrome d'atrophie cérébelleuse progressive*. — Quelques faits d'atro-

phie cérébelleuse, en apparence primitive, ont pu être rattachés à une syphilis en évolution. Les lésions observées à l'autopsie de semblables cas sont variables, comme on pouvait d'ailleurs le deviner en constatant l'irrégularité des résultats thérapeutiques (menues lésions focales diffuses, phénomènes inflammatoires, etc.).

La syphilis peut d'ailleurs réaliser le syndrome cérébelleux par une lésion en foyer ; mais alors le syndrome cérébelleux, souvent unilatéral, a un début brutal et une évolution régressive. Il y a de plus une forme cérébelleuse de la paralysie générale.

c) *Syndrome parkinsonien*. — L'existence de syndromes parkinsoniens syphilitiques ne peut plus être mise en doute, même si l'on tient compte de ce fait que les signes oculaires de la syphilis n'ont plus autant de valeur quand il s'agit d'éliminer l'encéphalite épidémique. Il ne faut cependant pas perdre de vue l'existence possible d'une encéphalite chronique surajoutée à une syphilis. Les réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien présenteront à cet égard un grand intérêt. Les recherches anatomo-pathologiques montrent que les lésions de parkinsonisme syphilitique sont assez disparates. Il en est de même des résultats thérapeutiques.

d) *Syndrome de compression médullaire*. — Les lésions de méningo-radculite gommeuse peuvent réaliser une compression médullaire plus ou moins authentique, avec xanthochromie et dissociation albumino-cytologique. Mais le plus souvent, le transit lipodolé ne donne pas de blocage complet.

La syphilis peut ainsi réaliser des compressions vraies, avec blocage du lipodol, pouvant justifier l'adjonction d'une intervention neuro-chirurgicale au traitement spécifique.

e) *Syndrome de tumeur intracrânienne*. — Il est tout à fait exceptionnel que la syphilis puisse amener une symptomatologie tumorale complète. En présence d'un syndrome de tumeur intra-cranienne, il faut penser d'abord et avant tout à la solution opératoire, même si la syphilis est cliniquement avérée. A la rigueur, si les présomptions de syphilis sont très fortes et si aucun signe d'urgence n'est noté, un traitement médical pourra être essayé ; mais c'est là une pratique d'exception.

f) *Syndrome choréique*.

g) *Syndrome de sclérose en plaques*.

h) *Syndrome de polyomyélite antérieure aiguë*.

i) *Syndrome de polynévrite*.

j) *Syndrome syringomyélique*.

k) *Syndromes psychosiques*.

CONCLUSION

L'opposition classique entre la syphilis tertiaire (vasculaire et interstitielle) et la syphilis quaternaire (parenchymateuse) n'a qu'une valeur relative et avant tout didactique. Chacune des formes étudiées ci-dessus peut être réalisée indifféremment par les trois types de lésions et surtout par leur intrication.

La considération des formes cliniques inhabituelles de la neuro-syphilis pose une question de pratique générale : celle du traitement spécifique d'épreuve en neurologie. Ce traitement ne doit être systématique en aucun cas. Le syndrome de sclérose latérale amyotrophique en indique presque toujours l'usage ; le syndrome de tumeur cérébrale le contre-indique presque toujours.

DISCUSSION

M. le Prof. H. Roger (de Marseille) rappelle que certaines syphilis nerveuses peuvent prendre la forme de la maladie de Landry. Il souligne la grande rareté des formes inhabituelles de la neuro-syphilis.

M. le Prof. A. Porot (d'Alger) insiste sur les transformations successives que le tableau clinique peut présenter, soit sous l'influence des extensions ou des régressions du processus morbide, soit sous l'influence d'actions thérapeutiques insuffisantes ou interrompues. Il en résulte qu'en certains cas, on peut rencontrer des aspects atypiques résiduels ou successifs qui ne sont plus en concordance avec les schémas classiques, avec les types plus ou moins fixes qu'on a l'habitude d'imputer à la neuro-syphilis.

M. L. Marchand (de Paris), constatant que le tableau clinique de la paralysie générale et celui du tabès sont modifiés depuis la fin du siècle dernier, fait une énumération des formes inhabituelles de la syphilis mentale, montrant qu'il y a autant d'erreurs à commettre en étendant trop que pas assez le domaine de la syphilis neuro-psychique. Il expose les cas observés par lui : paralysie générale débutant par des symptômes de localisation, paralysie générale avec réactions humorales négatives, paralysie générale à forme paranoïde simulant les états psychotiques, paralysie générale survenant précocement après la contamination, paralysie générale simulant la démence précoce, états démentiels syphilitiques simulant la démence vésanique, formes mentales de la syphilis héréditaire essentiellement polymorphes.

M. X. Abély (de Paris) déclare que l'étude systématique du syndrome humoral chez les malades mentaux montre parfois comme seul élément anormal une précipitation totale dans les cinq tubes médians de la réaction au benjoin colloïdal. Il estime que dans certains cas où la spécificité est suspectée, cette « réaction médiane » peut aider à préciser le diagnostic étiologique.

RAPPORT D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

L'Assistance psychiatrique indigène aux Colonies,
par M. H. AUBIN (d'Oran).

Le problème de l'assistance psychiatrique coloniale a acquis au cours de ces dernières années une grande importance, du fait de l'évolution du milieu indigène, d'une connaissance plus approfondie des relations entre les affections exotiques et les psychoses et en raison aussi des conceptions nouvelles de prophylaxie et de traitement précoce des maladies mentales.

Dans le programme d'assistance qui tiendra évidemment compte des coutumes locales, l'effort devra porter principalement sur le dépistage et le traitement précoce, qui réclameront le concours de tous les organismes sociaux (scolaires, judiciaires, militaires) et surtout de toutes les formations médicales (mobiles ou sédentaires, tournées diverses, consultations de toutes les branches, dispensaires, hôpitaux, assistances sociales). Tous les moyens médicaux de diagnostic devront être mis en œuvre pour permettre un traitement logique, complet et prolongé, sous la direction d'un spécialiste compétent. Ni le système de multiples petits services d'aigus (qui ne disposent ni du personnel, ni des locaux désirables), ni le grand asile isolé dans la brousse ne sauraient remplir cette mission. Il faut des Centres hospitaliers urbains ou suburbains modernes, comprenant des services ouverts et fermés, des consultations externes, un service social. Ces centres pour-

ront comprendre des annexes immédiates ou rurales où les convalescents et les chroniques pourront, à frais réduits, bénéficier du repos ou de la rééducation sociale que nécessite leur état.

Le personnel médical de ces diverses formations, pendant de longues années encore, sera principalement recruté, suivant les besoins propres de chaque contrée, soit dans le cadre des médecins coloniaux, soit dans celui des hôpitaux psychiatriques. Mais pour qu'il puisse faire œuvre utile, il faut assurer à ce personnel une stabilité suffisante et exiger de lui une double spécialisation en psychiatrie et en pathologie exotique. Il est à souhaiter à ce propos que l'on rétablisse auprès du Ministère des Colonies la « Commission consultative d'Assistance psychiatrique et d'Hygiène mentale coloniales », qui peut stimuler, coordonner et éclairer les efforts de chaque pays et susciter un plan rationnel de recherches.

La législation des aliénés a été conçue de manière fort différente par les diverses colonies : les unes ont adopté une abstention complète qui n'est pas sans inconvénients ; d'autres ont purement et simplement promulgué la loi de 1838 ; d'autres enfin ont voulu moderniser celle-ci en la simplifiant ou en lui donnant au contraire tous les perfectionnements préconisés par les aliénistes contemporains.

Ces considérations, inspirées d'une enquête dans toutes les colonies françaises, doivent permettre l'établissement d'un programme de réalisations progressives qui peuvent avoir les plus salutaires conséquences pour l'avenir des populations dont la France a assumé la tutelle et dont certaines sont menacées de déchéance ou de disparition.

DISCUSSION

M. le Prof. A. Porot (d'Alger) souligne les progrès considérables qui, avec la collaboration des services administratifs, ont été réalisés en Afrique du Nord dans le domaine de l'assistance psychiatrique, progrès qui se sont concrétisés en Algérie par l'érection de l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville, dont le Congrès a fêté solennellement l'inauguration. Il rappelle en outre que des améliorations sont déjà envisagées, et que notamment d'autres hôpitaux du même genre devront être créés sans tarder en différents points du territoire.

M. Gervais, Directeur général au Ministère de la Santé publique, rappelant l'œuvre déjà accomplie en Algérie, assure que les projets dont vient de parler le Professeur Porot font l'objet d'une étude approfondie de la part du Gouvernement.

M. le Prof. Hesnard (de Toulou), après avoir rendu hommage à Régis, précurseur de la thérapeutique psychiatrique contemporaine, insiste sur l'importance aux colonies du facteur ethnique.

M. Perrussel (de Quimper) s'intéresse plus particulièrement au mode de recrutement des médecins psychiatres coloniaux.

M. Pierson (de Casablanca) rappelle l'organisation qu'en un petit nombre d'années le Protectorat français a mis sur pied au Maroc, organisation qui devra se développer au cours de la décade à venir en harmonie avec les directives indiquées par le rapporteur.

M. P. Mareschal (de Tunis) étudie le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques en Tunisie, au triple point de vue médical, administratif et légal.

M. le Prof. Fribourg-Blanc (de Paris) insiste sur la nécessité pour le psychiatre exerçant aux colonies d'être versé dans toutes les questions de pathologie exotique. Il souhaite qu'à l'avenir les médecins militaires coloniaux soient stabilisés dans leurs fonctions techniques.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

Sur la pathogénie de certaines formes frustes de neurosyphilis,
par M. J. DUBLINEAU (d'Armentières).

Dans les cas de syphilis acquise, parmi les facteurs pathogéniques, il faut prendre en considération l'existence éventuelle de traitements antérieurs (qui ont pu modifier, soit l'aspect clinique, soit la formule biologique, soit les deux à la fois) et aussi celle d'affections fébriles importantes (telle la fièvre typhoïde et surtout le paludisme). En cas de syphilis héréditaire, il faut tenir compte du terrain plus ou moins allergique sur lequel se développent les accidents neuro-psychiques et de la possibilité pour un hérédo-syphilitique de présenter une superinfection syphilitique qui peut également faire éclore des formes atypiques.

Forme inhabituelle de paralysie générale : méningo-encéphalite chronique et réactions humorales négatives, par MM. L. MARCHAND, VIGNAUD et J. PICARD (de Paris).

Etude anatomo-pathologique d'un cas de méningo-encéphalite chronique ayant évolué pendant seize années, avec un tableau clinique typique de la paralysie générale et ses satellites neurologiques habituels. Il s'agit d'une forme chronique d'emblée de la maladie de Bayle en dépit de l'absence continue de toute réaction humorale. Les bouleversements de l'épithélium épendymaire signent ce diagnostic dont la méningite chronique et l'encéphalite résiduelle forment le substratum histo-pathologique. Ainsi, se trouve réalisée spontanément une forme inaccoutumée comparable anatomiquement aux formes stabilisées post-thérapeutiques.

Bouffées délirantes et convulsions chez une syphilitique ; hémiplégie après injections de bismuth, par MM. A. POROT, BARDENAT et SUTTER (d'Alger).

Chez une femme de 53 ans apparaît brusquement un état confusionnel aigu hyperthermique avec crises convulsives généralisées, état qui cède complètement en quatre jours. La ponction lombaire ayant révélé la nature syphilitique de l'affection, un traitement mercuriel, puis bismuthique est instauré. A la 6^e injection apparaît une hémiplégie gauche.

Syphilis nerveuse latente et délinquance morbide,
par M. MOLIN DE TEYSSIEU (de Bordeaux).

Le problème le plus important en médecine légale, quelles que soient les conditions biologiques du sujet, est de déterminer en présence d'un délit ou d'un crime si ces derniers sont le produit d'une maladie actuelle ou d'une constitution morbide définitivement fixée. Dans le premier cas seul, l'irresponsabilité doit être acquise.

Un cas d'échokinésie chez un indigène,
par MM. A. POROT, BARDENAT et SUTTER (d'Alger).

Chez un indigène âgé de 30 ans, à comportement nettement hypomaniaque, on note une échokinésie et une écholalie constante très importantes. L'imitation porte sur les gestes et la mimique, sur les paroles et les sons ; elle est consciente mais irréflechie et échappe au contrôle de la volonté. Comme il n'y a pas d'affaiblissement psychique notable, tout semble se borner dans ce cas à un gros trouble de la suggestibilité.

Psychose hallucinatoire chronique et sarcomatose diffuse méningée,
par MM. L. MARCHAND et G. DEMAY (de Paris).

Une femme, à l'âge de 59 ans, est atteinte d'une psychose hallucinatoire chronique caractérisée par des hallucinations visuelles, auditives, olfactives et par des troubles cornesthésiques profonds. Les réactions sanguines sont partiellement positives et on constate une légère albuminose du liquide rachidien. Cet état persiste sans changement quand, à 67 ans, apparaissent des phénomènes cérébraux organiques. Le liquide rachidien est xanthochromique ; albuminose (4 gr.) ; leucocytose (10) ; précipitation du benjoin dans la zone méningée ; les réactions de Wassermann et de Meinicke sont négatives. A l'autopsie, on découvre une sarcomatose méningée diffuse.

Un cas de délire d'interprétation à thème radiesthésique,
par MM. J. LAUZIER et P. GUILLEMINOT (de Dijon).

Observation d'un délire d'interprétation classique développé peu à peu autour d'une pratique prolongée du pendule et de la baguette chez un professeur qui s'adonna par hasard à l'étude de ces phénomènes. La pratique de la radiesthésie semble être un moindre facteur de désagrégation mentale chez les prédisposés que celle du spiritisme.

La digestion chez les épileptiques, par M. P. HARTENBERG (de Paris).

L'analyse coprologique pratiquée sur une série de malades comitiaux a montré des signes d'insuffisance gastrique dans 40 % des cas, une putréfaction aux dépens des protéides dans 60 % des cas, des fermentations aux dépens des glucides dans 20 % des cas, une digestion intestinale bonne dans tous les cas, une amélioration des fonctions motrices du côlon dans 90 % des cas et la présence de parasites dans 20 % des cas.

L'abcès de fixation dans le traitement des psychoses aiguës,
par M. MAZHAR OSMAN UZMAN (d'Istanbul).

L'abcès de fixation à la térébenthine donne incontestablement des résultats favorables en thérapeutique psychiatrique. L'auteur en rapporte de nombreux exemples dans les syndromes psychiques les plus divers.

Notes historiques sur l'assistance des aliénés en Afrique du Nord,
par MM. H. BERSOT (de Neuchâtel) et J. DESRUELLES (de Dôle).

II COMMUNICATIONS CONCERNANT L'INSULINOTHÉRAPIE

Recherches sur le mécanisme d'action de l'insulinothérapie,
par MM. P. COMBEMALE, H. WAREMBOURG et D. PARSY (de Lille).

En dosant l'indice chromique résiduel, qui permet un regard sur l'intensité du métabolisme glucidique intermédiaire, les auteurs ne trouvent aucune relation entre la quantité de ces corps (glycérol, acide pyruvique) en circulation dans le sang des malades en état de coma insulinaire, et les manifestations convulsives ou d'hypertonie qu'ils peuvent présenter. L'injection intraveineuse de glucose, qui fait disparaître convulsions, hypertonie et coma en quelques secondes, l'ingestion qui conduit aux mêmes résultats en quelques minutes, font cependant parfois apparaître en excès dans le sang circulant ces corps du métabolisme intermédiaire.

De l'influence de la vitamine B₁ sur l'hypoglycémie insulinaire,
par M. H. BERSOT (de Neuchâtel).

L'action favorable exercée par la vitamine B₁ sur les psychopathes insulinés consiste en une stimulation des échanges nutritifs, en une légère action antihypoglycémiant favorisant la récupération ultérieure de la glycémie normale et en une accélération du réveil après l'administration de la solution sucrée.

Essais d'insulinothérapie dans la thérapeutique de certaines maladies mentales, par M. J. TRILLOT (d'Albi).

L'installation d'un traitement aussi actif que celui préconisé par Sâkel est à conseiller dans tous les cas de schizophrénie, même dans ceux où ce diagnostic est douteux. Des chocs insulinaires légers peuvent donner d'heureux résultats dans les états mélancoliques, maniaques et confusionnels.

Du traitement des états de sitiophobie par l'insuline,
par MM. A. MERLAND, et J. CAMBASSEDES (de Marseille).

Une des premières manifestations de l'hypoglycémie provoquée par les injections d'insuline étant une sensation de faim impérieuse, il faut utiliser cette propriété de l'hormone pour combattre l'anorexie et la sitiophobie, si souvent observées dans les cliniques psychiatriques.

Etat de stupeur chez une confuse diabétique. Guérison
par les chocs insulinaires, par M. J. TRILLOT (d'Albi).

Une malade manifeste des troubles mentaux confusionnels au cours d'un diabète ignoré de l'intéressée et non soigné jusque-là. Le traitement à l'insuline à doses moyennes et le régime alimentaire n'ayant pas amélioré son état, la méthode de Sâkel est préconisée, ce qui a pour effet d'abord de juguler l'hyperglycémie et la glycosurie et plus tardivement de faire disparaître définitivement les troubles mentaux (malgré la réapparition ultérieure des signes du diabète).

Un cas de résistance à l'insuline, par MM. BARDENAT et SUTTER (d'Alger).

Une jeune malade de 18 ans présente le tableau d'une dissociation progressive du type schizophrénique, qui ne se modifie pas sous l'influence des thérapeutiques au salicylate de soude et à l'huile soufrée. Vers le 5^e mois de l'évolution, on recourt à la méthode de Sakel. On en arrive ainsi à administrer à jeun en une fois la dose de 300 unités d'insuline sans obtenir la moindre réaction de choc ! Les auteurs essayant de pénétrer le mécanisme de cette indifférence constatent que la glycémie ne s'abaisse à aucun moment au-dessous de 0,43 % et que pendant la période d'action de l'insuline, les réflexes neuro-végétatifs ne sont pas modifiés. Par ailleurs, la thérapeutique n'eut aucune influence appréciable sur le cours de la psychose ni sur l'état général.

III. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

Sclérose en plaques et syphilis nerveuse,
par MM. H. ROGER et J. ALLIEZ (de Marseille).

Si sclérose en plaques et méningomyélite d'Erb ont des tableaux cliniques différents l'un de l'autre, il est des cas de sclérose en plaques rappelant la syphilis nerveuse et inversement de spécificité médullaire simulant le tableau polysclérotique. En outre, il a été donné aux auteurs d'étudier des cas de sclérose en plaques survenant chez des syphilitiques ; mais loin d'adopter l'opinion de Dufour, qui considère la sclérose en plaques comme d'origine syphilitique, ils croient à l'association des deux maladies, la syphilis pouvant prédisposer à l'infection à virus neurotrope. Fait particulier, l'éclosion de ces scléroses en plaques chez les syphilitiques a été déclenchée à la faveur d'un traitement arsenical et bismuthique.

Réflexions au sujet de la coexistence de l'hérédo-dégénération spino-cérébelleuse et du syndrome de splénomégalie chronique avec anémie,
par MM. DUMOLARD, SARROUY et PORTIER (d'Alger).

Ces syndromes nerveux et hémolytique, dont les auteurs ont constaté la coexistence chez plusieurs malades indigènes, sont peut-être les manifestations différentes d'un même processus morbide atteignant à la fois les systèmes nerveux et hématopoïétique.

A propos de l'étiologie des méningites,
par MM. MAZHAR OSMAN UZMAN et H. DILEK (d'Istanbul).

Dans les trois observations rapportées, la méningite a été consécutive une fois à une embolie septique émanant d'un panaris à staphylocoques en voie de guérison, une fois à une gonococcie concomitante et une fois à une infection streptococcique greffée sur un traumatisme crânien ancien.

Séquelles de myélite ascendante au cours de la vaccination antirabique,
par MM. A. CRÉMIEUX et M. TEITELBAUM (de Marseille).

Observation de myélite, à type de paralysie ascendante, puis régressive, survenue à la 12^e injection de vaccin antirabique. A cette occasion, les au-

teurs rappellent la symptomatologie de ces accidents fort rares (l' sur 5.000 personnes traitées) et discutent le diagnostic différentiel et la pathogénie.

Gangrène des extrémités inférieures au cours d'une forme pseudo-polynévritique de sclérose latérale amyotrophique à marche lente, par MM. H. ROGER, J. PAILLAS et J. BOUDOURESQUES (de Marseille).

Observation d'une malade de 73 ans, chez qui évolue depuis six ans une sclérose latérale amyotrophique à début pseudo-polynévritique et qui présente d'autre part des troubles trophiques des extrémités inférieures, vraisemblablement imputables à une localisation prédominante du processus morbide au niveau des formations grises sympathiques de la moelle.

Syndrome de Basedow. Rétrécissement du champ visuel. Troubles de la pigmentation cutanée. Radiothérapie hypophysaire, par MM. DUMOLARD, SARROUY, SCHOUBOE et TILLIER (d'Alger).

Une femme de 54 ans, atteinte de syndrome de Basedow avec phénomènes d'insuffisance cardiaque fonctionnelle présente également un vitiligo datant de 25 ans, exagéré au cours de l'évolution des phénomènes d'hyperthyroïdie ; l'examen au campimètre montre un rétrécissement bitemporal du champ visuel. Le traitement radiothérapique de la région hypophysaire détermine une grande amélioration de l'insuffisance cardiaque, tandis que le métabolisme basal passe de + 54 % avant les irradiations à + 14 % après celles-ci.

Quelques remarques sur l'énurésie, par M. H. CHRISTOFFEL (de Bâle).

L'énurésie est un trouble psychogène qui s'exprime somatiquement. une dysergie s'établissant chez des individus parfaitement sains physiquement. Il est peu fréquent que le fait de se mouiller soit l'indice d'une attaque épileptique ; généralement, le mouillage du lit est le signe d'une certaine agitation pendant le sommeil.

Jean TITECA.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

L'enseignement de la neuro-psychiatrie et du service de santé militaire au Val-de-Grâce, par B. POMMÉ. *Le Progrès médical*, n° 26, p. 1073-1083, 27 juin 1937.

Dans sa leçon inaugurale, le docteur Pommé, professeur au Val-de-Grâce, montre l'intérêt très particulier des points de vue du neuro-psychiatre militaire. En neurologie, la fréquence des syndromes complexes due aux traumatismes apporte d'utiles contributions à l'étude des localisations. Elles ont aidé à reviser les notions classiques tout autant que les progrès réalisés récemment dans l'exploration des tumeurs. Dans le domaine de la psychiatrie, c'est surtout la partie médico-légale qui offre un vaste terrain d'expériences. Le professeur Pommé, insiste longuement sur la pratique médicale hospitalière du temps de paix pour donner à ses auditeurs un aperçu de l'utilité des services dont il prend la direction et aux élèves, à qui il s'adresse plus particulièrement, des idées d'une haute élévation sur l'accomplissement de la mission à laquelle ils vont être appelés à s'associer, avec un souci de justice et de charité qui les soutiendra quotidiennement au chevet du malade.

P. CARRETTE.

Localisation des fonctions psychiques, par le professeur J. MAZURKIEWICZ. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. 31, 1938.

L'affectivité instinctive mise à part, dont le centre appartient à la sous-corticalité, les fonctions psychiques se localisent dans l'écorce cérébrale, sans qu'on puisse préciser davantage la localisation exacte de ses éléments. L'évolution des fonctions psychiques a lieu par étapes, par stations de transformation qui, au point de vue énergétique, représentent des dynamismes acquis et de plus en plus complexes et différenciés. Les fonctions psychiques différenciées ont leurs correspondants physiologiques dans les stations de transformation anatomiques précises. Mais elles ne cessent pour cela de faire partie d'une seule unité fonctionnelle psychique et du même système

énergétique central. C'est pour cela que ces éléments gardent toujours un caractère de forces indivisibles fonctionnant avec synergie.

FRIBOURG-BLANC.

Etudes sur le test de témoignage de W. Stern et sa valeur pour le diagnostic (Diagnostische Studien am Sternschen Aussageversuch), par Margund SCHNÖDER, de Hambourg. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 5-6, 1937.

Le test de témoignage de Stern peut rendre des services utiles dans la différenciation des troubles organiques et des troubles psychopathiques constitutionnels. Le témoignage spontané présente en cas de maladie cérébrale organique une diminution de la spontanéité et de l'importance quantitative (mesurée par le nombre des déclarations exactes). Par contre, les différences, quant à la fidélité du témoignage, sont insensibles. Dans le témoignage provoqué (interrogatoire), par contre, la fidélité du témoignage est nettement diminuée chez les organiques, par suite de leur suggestibilité exagérée. La diminution de la spontanéité et l'augmentation de la suggestibilité sont des indices en faveur d'une affection cérébrale organique au début.

E. BAUER.

L'hallucinoïse mésentéphalique, par E. M. ZALKIND (*Neuropatologia i Psichiatria*, T. VI, fasc. 1, 1937).

En se basant sur l'expérience de 9 cas personnels, l'auteur conclut que les sujets et l'évolution des hallucinations peuvent avoir une signification diagnostique et même localisatrice. Les observations de l'auteur confirment les conceptions du Professeur Lhermitte et de son école, mais l'auteur préférerait le terme d'hallucinations du mésentéphale. Les troubles hallucinatoires mésentéphaliques peuvent être répartis en deux groupes : 1° les troubles hallucinatoires mésentéphaliques typiques ; 2° les troubles hallucinatoires évoluant suivant le type mésentéphalique. Les hallucinations du premier type sont dues aux lésions organiques, celles du second ont une origine toxique. Les hallucinations mésentéphaliques ont une étiologie exogène. Elles sont étroitement liées aux troubles du mécanisme du sommeil et revêtent l'apparence particulière du rêve. L'hallucinoïse mésentéphalique est une des premières manifestations de l'action toxique de la narcose et des substances hypnotiques.

FRIBOURG-BLANC.

Les réflexes cervicaux toniques chez les malades psychiques, par J. I. LIBERMAN. *Neuropatologia i Psichiatria*, tome VI, fasc. 3, 1937.

L'auteur recherche le réflexe cervical tonique chez les malades atteints de troubles psychiques. Il souligne l'intérêt que pourra prendre cette recherche faite systématiquement en raison des indications qu'elle pourra apporter au point de vue des localisations. Ainsi l'existence de ce réflexe chez les schizophrènes et dans l'épilepsie dite essentielle peut contribuer à la recherche des bases organiques de ces affections. Ce signe pourra également apporter une contribution intéressante au diagnostic différentiel et au pronostic des psychoses.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la pathogénie du signe d'Argyll-Robertson (Contributo allo studio della patogenesi del signo di Argyll-Robertson), par Filippo CARDONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, janvier-février 1937, p. 58 à 76.

Revue générale sur la pathogénie du signe d'Argyll-Robertson, suivie d'une très intéressante contribution personnelle. L'examen histologique comparé du mésencéphale de cas de paralytiques généraux présentant le signe d'Argyll n'a pas permis de constater les lésions mésencéphaliques qui sont généralement invoquées. Le schéma d'explication de Meritt et Moore (1933) ne paraît pas non plus devoir être retenu. Six microphotographies et bibliographie.

Henri Ey.

Contribution au problème du syndrome d'Adie (Beitrag zur Frage des Adieschen Symptomen komplexes), par I. ROST, de Berlin. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 3, 1937.

L'auteur rapporte trois observations de syndrome d'Adie, dont elles confirment l'étiologie non syphilitique. Plusieurs arguments militent en faveur du rôle pathogénique de troubles de l'innervation végétative. Une telle interprétation s'applique facilement à la pupillotonie, mais elle est plausible également en ce qui concerne l'aréflexie ostéo-tendineuse. Par contre, l'auteur ne partage pas l'opinion émise par E. H. Romberg, d'après laquelle le syndrome d'Adie serait dû à une avitaminose.

E. BAUER.

Les réflexes conditionnés et la chronaxie, par DRABOVITCH. In *Revue philosophique*, janvier 1937.

Confrontation des travaux de Pawlow et de Lapique. Considérations sur le fondement des phénomènes psychiques qu'ils révèlent. Explication de la formation des réflexes conditionnés par l'égaliisation des chronaxies des centres correspondants, puisque la chronaxie de l'écorce et la chronaxie du nerf coïncident chez le chien au moment où se déclanche un réflexe conditionné moteur (rétraction de la patte à la sonnerie).

Paul COURBON.

Neuro-psychiatrie infantile et réflexes conditionnés, par Paul MEIGNANT. *Le Bulletin médical*, n° 35, p. 579 à 581, 29 août 1936.

L'éducation est une fixation de réflexes conditionnels chez un jeune sujet par l'incitation d'une autre personne. Cette suggestion de Marinesco peut être évoquée à propos de toutes les tentatives de progression de l'enfant. L'éducateur (parent ou maître) doit développer des tendances et en corriger d'autres. Toute erreur tactique est néfaste, en particulier chez l'enfant névropathe. La pédagogie s'inspirera de plus en plus du principe des réflexes conditionnels.

P. CARRETTE.

L'hystérie, névrose d'expression, par M. A. HESNARD, *L'Évolution Psychiatrique*, tome II, 1936.

Le but de l'auteur est de tenter de trouver un terrain d'entente entre les partisans d'une conception psychogène et ceux d'une conception primitivement organique et neurologique.

Après un court rappel historique, il donne comme spécifique de l'hystérie les caractères suivants : 1) circonstance extérieure ; l'ambiance favorable ; 2) circonstances intérieures : l'hystérique est un épuisé ou un émotif d'un genre particulier, toujours aux prises avec un conflit vital plus sérieux que les apparences ; 3) caractère commun à tous les accidents hystériques : aspect vague de simulation, d'artifice, de charge ; 4) accessibilité à la persuasion. L'hystérique, écrit et répète M. Hesnard, « exprime pour exprimer ». La spécificité du phénomène est d'ordre primitivement ou essentiellement expressionnel.

Les quelques considérations sur l'émotion et l'expression auxquelles il se livre font encore mieux saisir la pensée de l'auteur. Et l'on peut dire que la névrose non hystérique est impressionnelle, et la névrose hystérique pure est le type de la névrose d'expression.

Le mécanisme essentiel de l'accident hystérique serait, dit l'auteur, la traduction clinique d'une néo-productivité émanée de l'appareil expressionnel de l'émotion. L'étude de l'anesthésique, du paralytique, du contracturé, du malade atteint de mouvements anormaux montre les caractères dominants de l'expressibilité. Et si l'on résume la symptomatologie spécifique de l'hystérique, on peut dire que son équilibre neuro-psychique est spécifiquement subordonné à l'intérêt ambiant et que l'élément commun à toutes les psychothérapies efficaces, c'est la neutralisation de l'expressivité.

Dans le dernier chapitre de son article, l'auteur essaie de réaliser l'objectif qu'il s'est tracé en montrant le point de vue des psychologues, des psychanalystes, des psychiatres et des neurologues sur cette question qui les intéresse tous à la fois, sans appartenir à aucun d'eux, et est essentiellement un problème d'ordre clinique.

M. LECONTE.

L'hystérie comme maladie héréditaire (Hysterie als Erbkrankheit), par WEYGANDT. *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 758 à 782.

L'hérédité joue un rôle qui n'est pas négligeable dans le déterminisme de l'hystérie : 72 fois sur 108 cas il existait des tares dégénératives ; dans 8 cas il existait des cas d'hystérie chez les ascendants. L'auteur insiste sur la fréquence des troubles schizophréniques, de l'épilepsie, de l'arriération et du suicide dans les familles hystériques dont il publie 6 arbres généalogiques partiels.

Henri Ey.

Hérédité et Épilepsie (Erbanlage und Epilepsie), par K. CONRAD. *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLV, p. 254 à 297 et p. 509 à 542.

Ces deux articles font suite à celui précédemment publié (I) dans le tome 153 de la même revue, sur les rapports de la gémellité et de l'épi-

lepsie. Le premier de ces mémoires (II) a pour objet l'étude de jumeaux univitellins concordants. Dans un premier groupe de cas, la concordance est à peu près absolue. L'auteur donne 7 cas personnels et en cite 9 autres. Parfois existent des syndromes neurologiques identiques (hémiplégié du même côté, surdi-mutité par exemple). Dans un deuxième groupe, il s'agit de concordance seulement relative (5 cas personnels, 5 cas puisés dans la littérature, tous cas clairement résumés dans le tableau p. 290). La concordance dans de tels cas montre que l'épilepsie doit être envisagée comme dépendant d'un facteur héréditaire, peut-être même dans les cas où certains symptômes peuvent en faire douter. Dans le deuxième article (III), Conrad étudie les cas de discordances, c'est-à-dire les cas où un seul jumeau est épileptique. Dans une première catégorie (une observation personnelle et deux observations de Schulte), il place des cas où un seul jumeau est épileptique mais où tous les deux sont des arriérés. Il examine le deuxième groupement, celui des épileptiques post-traumatiques (3 cas personnels, 6 cas empruntés), atteignant un seul jumeau. Enfin, il rapporte des observations du troisième groupe, c'est-à-dire des épilepsies séquelles d'encéphalopathie (3 cas personnels et 3 cas empruntés). Ce travail considérable se termine par l'examen de la question de l'importance réciproque des facteurs dégénératifs ou exogènes dans le déterminisme de l'épilepsie. Une argumentation serrée mais qui n'est pas toujours convaincante tend à réduire la difficulté de la discordance chez un même couple de jumeaux univitellins en essayant d'effacer cette discordance par la considération des faits ou des lésions bien localisées comme une hémiplégie s'observe cependant chez deux jumeaux et des faits où l'état dégénératif se révèle chez les deux jumeaux, dont un seul est épileptique. Il n'est pas sans intérêt de faire remarquer chez un généticien comme Conrad qu'il tend à effacer les limites souvent artificielles entre les facteurs héréditaires et les facteurs toxi-infectieux. C'est sans doute pour ramener ceux-ci à ceux-là, mais on n'est pas loin alors de pouvoir faire l'inverse, surtout si l'on considère qu'il sera toujours plus facile de concevoir les faits d'hérédité comme des transmissions du processus toxi-infectieux que de ramener une épilepsie traumatique, chez un jumeau dont le jumeau est indemne, à un facteur héréditaire. Un très intéressant tableau, résumé des observations empruntées et de leurs références bibliographiques, termine cet important mémoire.

Henri Ey.

L'importance de diagnostic différentiel des convulsions provoquées par le cardiazol (Über die differential diagnostische Bedeutung der Cardiazol Krämpfe), par Albrecht LANGELÜDDEKE (Haina). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, tome CLVI, p. 203 à 210.

De ses recherches portant sur 40 cas, l'auteur conclut que l'injection de 3 cc. de cardiazol intraveineux déclenche plus facilement des crises convulsives chez les épileptiques que chez les autres malades. Les schizophrènes présenteraient également des convulsions, ainsi que les « organiques ». Par contre, l'aptitude convulsive des maniaques-dépressifs serait faible.

Henri Ey.

L'accès épileptique provoqué par le cardiazol au point de vue de la pathogénie et du diagnostic en neuro-psychiatrie (L'accesso epilettico provocato da cardiazol di fronte alla patogenesi e alla diagnostica in neuro psichiatria), par Giuseppe CAMPAILLA (Ferrare). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, janvier-février 1937, p. 40 à 57.

Le fait, rigoureusement étudié par l'auteur sur 100 malades, de pouvoir provoquer des crises d'épilepsie par le moyen de cardiazol intraveineux chez 45 0/0 des schizophrènes, 60 0/0 d'oligophrènes, 50 0/0 de dysthymiques et 75 0/0 de sclérose en plaques, contre une proportion de 68 0/0 de résultats positifs chez les épileptiques, est assez démonstratif de la non-spécificité de l'action du cardiazol chez les schizophrènes. Les affections schizophréniques ne paraissent pas avoir plus d'aptitude convulsivante que les autres psychopathies.

Henri Ey.

De l'épilepsie symptomatique ayant des caractères hystéroïdes et évoluant sur un terrain infectieux à allure chronique, par K. A. SKVORTZOV et A. I. SKIPERTOV. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, tome XII, n° 3, 1936.

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une infection prolongée de nature indéterminée, présente des troubles du sommeil, de l'hypertonie paroxystique, un état onirique avec hallucinations, des crises épileptiformes, ainsi que des accès vertigineux. Les auteurs soulignent l'intérêt de l'interrelation pathologique et pathogénique entre l'état somatique et psychique des sujets.

FRIBOURG-BLANC.

Rapports entre les formes paroxystiques migraineuses et épileptiques (Beziehungen Zwischen dem migränösen und dem epileptischen Formenkreise), par Paul MATZDORFF (Hambourg). *Zeitschr. f. d. g. Neuro. und Psych.*, 1936, p. 574 à 593.

Observation d'un cas de migraine avec crises de type acoustique (VIII^e paire) chez un homme dont la mère était épileptique et l'oncle paternel migraineux. Il existe des accidents migraineux (ophtalmoplégie, vertiges de Menier) qui constituent un cycle d'accidents paroxystiques différent de l'épilepsie. Les deux ordres d'accidents paraissent dépendre de certains facteurs non spécifiques, parmi lesquels la dérégulation de la veille et du sommeil.

Henri Ey.

Contributions à la pathophysiologie de la migraine, par Viggo CHRISTIANSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XII, fasc. 1, p. 45-54. Copenhague, 1937.

Le professeur Christiansen considère la migraine comme le résultat d'un processus influençant électivement et par paroxysmes les éléments vasomoteurs des centres sensitifs et sensoriels. Cette position vis-à-vis du problème migraineux est catégorique ; elle peut conduire à un progrès continu dans la connaissance du mécanisme pathologique des accès. L'auteur admet la migraine sans hémiparésie, mais il ne reconnaît pas la légitimité de la migraine ophtalmoplégique. Sa conception s'appuie sur l'étude des faits

cliniques les plus typiques : douleur, troubles visuels, vertiges et nausées, sur leur évolution et sur leur association avec des manifestations parasthésiques ou stéréognosiques faussement attribuées à des troubles parétiques.

P. CARRETTE.

L'énurésie infantile, complexe psycho-biologique, par Pierre MASQUIN, d'Avignon, ancien Chef de Clinique à la Faculté de Paris. *La Provence Médico-Chirurgicale*, octobre 1936.

L'incontinence d'urine au cours du sommeil (et non « nocturne ») a été attribuée, par la génération précédente, aux lésions ou malformations génito-urinaires ; plus tard, on envisageait l'arriération mentale, l'épilepsie larvée, l'hérédospecificité. Tous ces facteurs peuvent manquer dans l'énurésie, ou exister ensemble. L'énurésie semble en réalité liée à des modifications générales, tant psychiques que biologiques.

Les *causes psychiques* comprennent : tout d'abord la mauvaise éducation du sens urinaire : cette éducation ne va pas de pair avec le développement moteur et intellectuel. Souvent, la négligence ou la maladresse du milieu joue un rôle important ; d'autre part jouent les complexes familiaux, à l'égard desquels l'énurésie semble une attitude réactionnelle.

Les *causes biologiques*, parfois passagères, favorisent l'installation de l'énurésie : déséquilibre neuro-végétatif, alcalinité des urines. La thérapeutique peut s'inspirer de ces notions, mais les résultats du traitement sont variables et imprévisibles.

S. LECONTE.

Enurésie, symptôme psychogène, par M^{me} D. CODET. *L'Évolution Psychiatrique*, fasc. 3, 1936.

L'auteur élimine l'incontinence d'urine infantile, en rapport avec un trouble somatique, réservant ce nom d'énurésie à l'incontinence d'urine essentielle, si fréquente chez l'enfant. Elle fait remarquer l'obscurité de son étiologie, malgré et du fait même de la pluralité des causes invoquées et des traitements posés. Ce sont les mêmes malades qui réagissent à la thérapeutique (souvent très rapidement), quelle qu'elle soit, et ceci fait penser qu'il s'agit d'un symptôme d'origine *mentale*.

On distingue deux catégories d'énurésiques ; le premier comprend les petits de moins de 8 ans, présentant de l'arriération affective, soit par absence d'évolution, soit régression à la suite d'un traumatisme affectif ; le deuxième comprend des enfants aux abords de la puberté à la régression affective desquels s'ajoute de l'hédonisme uréthral. La psychothérapie est efficace dans bien des cas.

S. LECONTE.

L'hypnose et le système nerveux végétatif, par N. K. BOGOLEPOV. *Sovietskaja Psichonevrologia*, tome XII, n° 3, 1936.

La faculté de se soumettre à l'hypnose dépend pour une grande part du système neuro-végétatif. Bogolepov base son étude sur deux groupes de sujets : les alcooliques et les fumeurs de tabac. Les premiers sont vagotoniques. Le second groupe présente de l'amphotonie et de la sympathicotonicité.

Les vagotoniques ont des dispositions plus grandes pour le sommeil par hypnose. Les sujets les plus sensibles présentent du myosis, de l'enophtalmie, ils ont un faciès pâle, les yeux humides, de la bradycardie, leur tension est basse, leurs mains sont tièdes et moites.

FRIBOURG-BLANC.

Troubles sui generis de la motilité (en partie conditionnés organiquement ?) chez un malade présentant un ensemble de symptômes paranoïaques chroniques hallucinatoires, par Gabriel LANGFELDT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. XII, fasc. 1, p. 73-87. Copenhague, 1937.

Les troubles de la motilité observés chez un délirant sont modifiés expérimentalement par des injections d'insuline et par la narcose à l'épivan. Dans les deux cas l'inhibition corticale exaspère les mouvements, entretient l'agitation. Ces observations démontreraient l'origine sous-corticale des troubles moteurs. L'interprétation de ces faits évoque celle des manifestations catatoniques et des inter-réactions du cortex et des noyaux gris centraux.

P. CARRETTE.

L'enseignement fourni par l'observation de la morphinomanie au dispensaire, par N. V. KANTOROWITCH. *Sovietskaja Psichonevrologia*, tome XII, n° 3, 1936.

L'auteur relate les résultats et l'enseignement retirés de six années d'études de la morphinomanie et d'autres toxicomanies au Dispensaire narcologique de Léninegrad. 48 0/0 des malades observés jouissaient d'un équilibre mental normal avant de contracter leur funeste habitude. Les autres présentaient antérieurement des traits prémorbides, qui se manifestaient par la psychasthénie, l'hystérie ou des signes d'instabilité mentale. La cause principale et la plus fréquente était une prédisposition médicale. La constitution psychopathique est un facteur favorisant mais nullement indispensable.

Les diverses méthodes de traitement ne donnent qu'un pourcentage de 11,4 0/0 de succès thérapeutiques. Pour les incurables, l'auteur adopte la méthode qui consiste à les laisser prendre régulièrement de petites doses de narcotique sous surveillance et contrôle du Dispensaire, d'après les règles qu'il applique. Les malades se soumettent relativement vite à ce régime et à la discipline imposée. Cette méthode a l'avantage d'améliorer l'état général des malades et de restituer leur capacité au travail.

FRIBOURG-BLANC.

Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne, par le prof. B. N. SERAFIMOW. *Nevropatologija i Psichiatрия*, tome VI, fasc. 3, 1937.

A propos de 25 cas de brucellose, l'auteur souligne le caractère polymorphe des réactions psychiques du type exogène qu'il a pu observer chez les malades atteints de brucellose. Les troubles psychiques qui accompagnent le plus souvent cette infection sont caractérisés, à la période du début, par une empreinte neurasthénique. La dernière étape est marquée par la dépression qui rappelle par ses caractères la dépression de la pellagre. Il semble que cet

état dépressif soit lié au déséquilibre des échanges chimiques de l'organisme et aux troubles endocrinovégétatifs. Il semble même que le virus brucellien ait une affinité particulière pour la substance grise des régions avoisinant les centres végétatifs.

Les malades atteints de brucellose peuvent présenter également un ensemble de signes rappelant le syndrome de Korsakoff sans polynévrite, sans pseudo-réminiscences et sans tendance à la confabulation. Ils peuvent également éprouver de l'hyperacousie. La nature spéciale des réactions psychiques au cours de la brucellose est appuyée par les bases des syndromes dans leur ensemble, par la nature des signes isolés et par le développement des phases successives.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la pathogénie des manifestations psychiques et des troubles de l'instinct sexuel des formes tardives d'encéphalite épidémique (Contributo alla patogenesi delle manifestazioni psichiche e delle turbe dell'istinto sessuale delle forme tardive di encefalite epidemica), par Maurizio MAZZEI (Volterra). *Neopsichiatria*, juillet-août 1936, p. 414 à 443.

Travail documenté et basé sur 54 observations un peu trop schématiques, dont la conclusion hypothétique est que les troubles de la vie instinctive doivent être rapportés aux lésions frontales qui altèrent le centre des instincts décrit par Ceni.

Henri Ey.

Syndrome délirant-hallucinatoire provocable chez les encéphalitiques soumis à la « cure bulgare » (Sindrome delirante-allucinatoria provocabile negli encefalitici sottoposti a « cura bulgara »), par Oswaldo MECO (Florence). *Il Cervello*, juillet 1937, p. 191 à 210.

L'auteur met en garde, dans la première partie de cet intéressant travail, contre certaines interprétations trop simplistes de l'action de certaines substances réputées avoir la propriété de déclencher des syndromes psychopathiques « expérimentaux ». Il critique, très heureusement, la notion de spécificité de cette action. C'est ainsi que l'action de la belladone (et sa suspension également) déclenchent des états délirants et hallucinatoires chez les encéphalitiques parkinsoniens, qui sont voisins de ce que l'on observe spontanément chez ces malades. Le déclenchement d'hallucinations de l'ouïe et visuelles avec anxiété n'est pas une contre-indication à continuer la cure bulgare. Ces troubles disparaissent assez facilement. La dernière partie du travail est consacrée à l'exposé d'une théorie neuro-végétative des troubles délirants et hallucinatoires dans les états encéphalitiques, théorie que l'auteur se propose de développer dans un autre mémoire.

Henri Ey.

Mongolisme chez un jumeau dont le frère est normal (Mongolismo in un gemello con fratello normale), par MATTIOLI, FOGGIA (Parone). *Giornale di Psich. e di Neuropato.*, II-III, 1936, p. 198 à 209.

Observation intéressante et détaillée d'un cas de mongolisme chez un jumeau auquel son frère jumeau ne ressemble pas du tout. L'auteur croit

qu'en raison de cette dissemblance il s'agit d'une gémellité bivitelline. Cette opinion n'est cependant pas démontrée car l'étude du jumeau non mongolien se borne à la publication de sa photographie, d'ailleurs très démonstrative, de la dissemblance des deux jumeaux.

Henri Ey.

Tabès et psychoses (Tabè e Psicosi), par W. HEIMANN (Hambourg). *Rivista di Pato. nerv. e ment.*, juillet-août 1936, p. 274 à 296.

Huit observations de troubles mentaux sur un total de 150 tabétiques. L'anxiété et les délires hallucinatoires prédominent comme dans les formes classiques des psychoses syphilitiques non tabétiques. Dans la moitié des cas, il existait une hérédité neuro-psychopathique.

Henri Ey.

Du problème des ictus dans la paralysie générale (Zur Frage der Paralytischen Anfälle), par A. KRAL et H. LEFFMANN, de Prague. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 5-6, 1937.

L'auteur distingue cinq variétés d'ictus : épileptiformes généralisés, apoplectiformes, jacksoniens, vertigineux, psychiques. Les ictus à forme de crises convulsives généralisées occupent une place particulière ; ils sont un indice de gravité, ils soulignent souvent le caractère avancé du processus, ils sont relativement peu accessibles à la thérapeutique ; ils sont dus aux lésions mésodiencephaliques que la maladie ne produit d'habitude que tardivement, et qui sont souvent discrètes. Les ictus apoplectiformes, jacksoniens et vertigineux sont des troubles corticaux, ils apparaissent souvent dès la période initiale, peuvent disparaître spontanément, sont très accessibles à la thérapeutique. Les ictus psychiques occupent une place intermédiaire entre les deux groupes précédents, l'auteur les rattache également à des lésions mésodiencephaliques.

E. BAUER.

L'œuvre de création littéraire dans un cas de paralysie générale avec aphasie, par M. KACZYNSKI. *Warszawskie Czasopismo Lekarskie.*, tome XIV, nos 21-22, 10 juin 1937.

L'auteur rapporte l'observation relatant le cas d'un homme de lettres atteint de paralysie générale compliquée d'aphasie motrice consécutive à un ictus. Littérateur et poète de grand talent, il a écrit des œuvres de haute valeur poétique. Cette activité littéraire a été interrompue du fait de la maladie. Les troubles de l'écriture étaient marqués. Au cours de la quatrième année de la paralysie générale et trois ans après l'ictus, sous l'influence d'une émotion intense et du vif désir de créer, le malade a trouvé subitement l'inspiration. La difficulté organique d'écrire, la pauvreté de l'imagination ont disparu et le malade a composé d'un trait un poème en vers d'une grande valeur artistique. L'auteur souligne l'importance de la force dynamique du sentiment et la relativité des notions de localisation des centres. Les lésions cérébrales ont déterminé la déficience de l'état mnésique et non pas son atrophie, de sorte que le bagage mnésique du sujet était plus étendu

qu'il ne paraissait. L'affectivité est une force qui transitoirement peut rendre possible l'utilisation correcte des fonctions touchées par le processus morbide.

FRIBOURG-BLANC.

Réapparition de modes réactionnels infantiles précoces en cas de désagrégation cérébrale (Zur Wiederkehr frühinfantiler Einstellungen bei zerebralem Abbau), par M. FORSTMAYER et Ch. PALISA, de Vienne. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 1-2, 1937.

Un paralytique général arrivé au stade de démence terminale réagit par des mouvements de happement quand on lui présente des objets, ou bien il les saisit convulsivement, les flaire et essaie parfois de les introduire dans son nez. Un comportement analogue est observé chez des enfants âgés de 12 à 18 mois. Les auteurs admettent donc qu'il s'agit d'un phénomène de régression et ils le rapprochent des phénomènes analogues observés au cours d'autres perturbations cérébrales diffuses : urémie, œdème post-traumatique, chocs insuliniques par exemple. Les manifestations de volupté qui accompagnent chez ce malade en particulier les gestes de flairer et de reniflement, font penser que la sphère nasale a des rapports avec la sexualité, analogues à ceux de la sphère orale.

E. BAUER.

L'atrophie cérébrale circonscrite ou maladie de Pick (L'atrofia cerebrale circosoritto a malattia di Pick), par Ruggero PASQUALINI. *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, mars-avril 1937, p. 273 à 331.

Mémoire très intéressant sur la maladie de Pick, dont deux nouvelles observations sont rapportées ; l'une d'elles, avec étude anatomique complète (atrophie temporale gauche).

Henri Ey.

Psychoses atypiques dans une famille atteinte de chorée de Huntington (Atypische Psychosen in einer Chorea-Huntington-Familie), par M. MEIER-HOFER, de Zurich. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 1-2, 1937.

L'enquête qui s'est étendue sur cinq générations d'une famille comprenant une centaine de membres a prouvé le caractère dominant de l'hérédité choréique. Chaque fois que le début des troubles a pu être précisé, il s'est placé avant l'âge de 30 ans, le plus souvent entre 25 et 30 ans. Malgré l'existence de quelques cas avec début à l'âge prépubéral, l'antéposition n'est pas démontrée. La répartition des différents phénotypes est régulière ; pourvu que dans une famille le nombre des enfants soit assez élevé, les trois types principaux : forme progressive avec début par les troubles moteurs, — forme progressive avec début par les troubles psychiques ; — troubles psychiques seuls, plus ou moins stationnaires, — sont tous rencontrés.

Quelques cas de psychose sont plus délicats à interpréter. Les uns, d'aspect maniaco-dépressif, s'expliquent par l'association, nettement démontrée, d'une hérédité périodique. Dans un autre cas, les troubles psychiques revêtirent l'aspect d'une schizophrénie paranoïde, bien que la forme des troubles hallucinatoires fit penser aussi à une pathogénie toxique-organique et envisa-

ger passagèrement le diagnostic de paralysie générale. Ultérieurement, les troubles choréiques s'installèrent ; l'autopsie confirma le diagnostic de chorée d'Huntington. L'enquête permit d'établir que le père et le grand-père du malade avaient présenté des troubles délirants d'un aspect semblable. Une hérédité schizophrénique associée n'a pu être découverte. L'auteur pense qu'il s'agit ni d'une association de schizophrénie avec la chorée d'Huntington, ni d'une chorée d'Huntington ayant subi l'influence pathoplastique d'une hérédité schizophrénique, mais bien d'un génotype particulier de la chorée familiale, puisque dans trois générations successives d'une même lignée, des troubles semblables se sont manifestés.

E. BAUER.

Les psychoses dans les tumeurs ectodermes du cerveau, par M^{me} M. M. ALEXANDROWSKAIA. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, tome XII, fasc. 2, 1936.

A propos de six cas de tumeurs cérébrales, dont le tableau clinique était compliqué de troubles psychiques, l'auteur conclut que la symptomatologie psychopathologique des tumeurs cérébrales ne présente pas de traits caractéristiques et que le diagnostic doit être basé sur les signes neurologiques. La symptomatologie atypique des troubles psychiques sortant du tableau clinique habituel des maladies mentales autorise à aiguiller les investigations cliniques vers la recherche des signes neurologiques d'une tumeur cérébrale.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à l'étude de la cysticercose multiple du cerveau, par I. B. STERN et N. A. BASKINA. *Sovietskaia Psichonevrologiia*, tome XII, n° 3, 1936.

I. B. Stern et N. A. Baskina rapportent l'observation clinique et la description anatomo-pathologique d'un cas de cysticercose multiple du cerveau, où rien ne faisait présumer ce diagnostic et qui se termina par la mort subite. Les signes généraux marquaient une prédominance évidente sur l'ensemble de la symptomatologie. Aucun signe de localisation. L'auteur souligne l'intermittence des phénomènes morbides et le développement d'une psychose aiguë récidivante avec crises épileptiformes et pléocytose du liquide céphalo-rachidien.

FRIBOURG-BLANC.

PSYCHOLOGIE

Trois réfutations du parallélisme psycho-physiologique, par A. MIROGLIO. *In Revue philosophique*, novembre 1937.

Cet article de 39 pages est l'exposé critique des arguments invoqués postérieurement à ceux de Bergson, pour nier que la cérébration puisse être la cause de la pensée. Ces arguments sont pris surtout dans l'ouvrage de Blanché sur la Notion du fait psychique, et dans l'ouvrage de Salzi sur la sensation. Ils sont confrontés avec les conceptions de la gestaltthéorie avec les données scientifiques récentes et les travaux de Piéron. L'auteur termine en affirmant que croyances et progrès scientifiques ne s'excluent pas.

Paul COURBON.

Le troisième centenaire du discours de la méthode. In *Revue philosophique*, mai 1937.

Dans ce numéro de 375 pages, écrites par 13 auteurs différents, se rencontrent çà et là des allusions aux conceptions psycho-physiologiques et médicales de l'illustre philosophe. Ch. Adam résume ses théories des rapports de l'âme et du corps. Et P. M. Schuhl rappelle qu'il acceptait cette pensée de Tibère que tout homme ayant plus de trente ans peut, s'il est bon observateur, être à soi-même son propre médecin, affirmation dont la part de vérité ne saurait être contestée.

Paul COURBON.

ANATOMIE

Un cas de lipome du corps calleux, par G. GANDER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 6, p. 513, juin 1937.

A l'autopsie d'un homme de 29 ans ayant présenté, à la suite de manifestations cutanées à caractère septicémique, une méningite à méningocoques cliniquement guérie, on trouve un lipome recouvrant le corps calleux et se prolongeant dans les plexus choroïdes. Avant les symptômes méningés, le sujet ne présentait aucun trouble. L'auteur pense à une malformation tissulaire congénitale de la pie-mère.

L. MARCHAND.

Panvasculareite cérébrale diffuse d'origine vraisemblablement traumatique, par P. NICAUD, M. BOLGERT et J. GERBEAUX. *Soc. anat.*, 3 juin 1937. *Ann. d'anat. path.*, tome XIV, n° 6, p. 543, juin 1937.

Sujet de 20 ans qui, quelques semaines avant le début d'un état méningé, avait fait une chute au cours de laquelle le crâne avait porté violemment sur une machine. Mort treize jours après le début des troubles cérébraux. L'examen histologique décèle des lésions de thrombose veineuse suppurative. Les examens bactériologiques sont négatifs.

L. MARCHAND.

Les lésions encéphaliques consécutives à la fistule d'Eck, par N. FRIESSINGER, L. CORNIL, Y. POURSINES et J. PAILLAS. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 7, p. 553, juillet 1937.

La fistule d'Eck est une anastomose porto-cave. Elle a comme effet de rétablir l'exclusion fonctionnelle du foie et de lancer dans la circulation générale les produits contenus dans le sang porte et non filtrés par le tissu hépatique. Les animaux ainsi traités, si on leur donne une alimentation carnée, deviennent irascibles, présentent des crises de fureur, rongent tout ce qu'ils trouvent, sont pris de convulsions cloniques et tétaniques; ces phénomènes n'apparaissent pas s'ils sont alimentés seulement avec du lait. Chez deux chiens morts sept et cinquante-quatre jours après l'intervention pour fistule d'Eck, les auteurs ont noté des altérations dégénératives des cellules ganglionnaires, des lésions oligodendrogliques, des lésions vasculaires consistant en congestion, suffusions hémorragiques, en adventicite.

L. MARCHAND.

Les altérations histologiques du système nerveux en cas d'avitaminoses expérimentales A, B (B₁) et G (B₂) (Die histologische Veränderungen des Nervensystems bei experimenteller Avitaminose A, B (B₁) et G (B₂), par H. M. ZIMMERMAN, de New-Haven. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 1, 1937.

En cas de privation expérimentale de vitamine A (expérimentation sur des rats blancs), la dégénérescence myélinique atteint surtout le plexus brachial et le nerf sciatique, plus rarement le vague, jamais le nerf optique ; elle est constatée d'autre part au niveau des voies sensitives périphériques, des cordons postérieurs et des racines postérieures, mais bien moins souvent dans le domaine des voies pyramidales et des racines antérieures. Le carotène n'empêche ces lésions qu'à condition d'être institué dès le début de l'expérimentation, et sans interruption. L'avitaminose B (expérimentation sur le chien) provoque des dégénérescences myéliniques au niveau des nerfs périphériques, du sciatique surtout, plus rarement du vague ; ces lésions ressemblent à celles de la polynévrite du béri-béri. Dans l'avitaminose G (chiens), les lésions siègent au niveau de la moelle et des nerfs, vague compris ; elles reproduisent celles de la pellagre.

E. BAUER.

La tremblante du mouton (Recherches histo-pathologiques), par I. BERTRAND, H. CARRÉ et F. LUCAS. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 7, p. 565, juillet 1937.

Il s'agit d'une polio-myélo-encéphalite. Les lésions sont localisées dans la substance grise de l'axe cérébro-spinal, avec prédominance dans la moelle et le tronc cérébral. Elles consistent en dégénérescence vasculaire, liquéfaction, atrophie et parfois tuméfaction des cellules, modifications des neurofibrilles, réaction névroglique localisée aux régions les plus atteintes de la substance grise, nodules inflammatoires, périvasculite discrète, réactions méningées avec infiltration lymphocytaire. Ces lésions sont très voisines de celles que l'on observe dans les intoxications violentes et de celles que nous avons décrites en 1927 dans la névrite infectieuse du mouton.

L. MARCHAND.

A propos de la pathologie des méninges cérébro-spinales, par N. ZAND. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 9, p. 831, décembre 1937.

L'auteur admet, contrairement aux données classiques, que les espaces périvasculaires intra-cérébraux ne sont que la continuation de l'espace sous-arachnoïdien avec tous les attributs de ce dernier ; l'infiltration méningée aurait donc la même signification qu'une réaction périvasculaire contre l'agent nocif circulant dans le sang. Examen d'une série de cerveaux provenant de sujets atteints de maladies infectieuses générales, de maladies infectieuses avec présence dans le système nerveux de l'agent pathogène, de maladies à pathogénèse obscure comme par exemple la Démence précoce. Dans tous ces cas les méninges présentaient des lésions réactionnelles, faits déjà signalés par nombre d'auteurs et par nous-même, entre autres la consta-

tation que « les méninges de la démence précoce peuvent présenter des lésions très ressemblantes à celles qu'on voit dans la forme chronique de certaines méningites infectieuses ».

L. MARCHAND.

Contribution au problème des atrophies musculaires médullaires (Zur Frage der spinalen Muskelatrophien), par Costas Boukis, d'Athènes. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 1-2, 1937.

Une femme âgée de 74 ans est atteinte de troubles amyotrophiques qui revêtent l'aspect d'une atrophie musculaire spinale au niveau des membres supérieurs, et celui d'une dystrophie musculaire progressive au niveau des membres inférieurs. A l'examen anatomo-pathologique, on constate des lésions vasculaires importantes de la substance grise, prédominant dans les cornes antérieures au niveau de la moelle cervicale, et dans la zone intermédiaire au niveau du renflement lombaire. Il y a évidemment une relation entre les différences d'aspect clinique et les différences de localisation anatomique. Les lésions de la zone intermédiaire en rapport avec des manifestations de dystrophie musculaire, font entrevoir le rôle du système autonome dans la pathogénie de ce syndrome et dans la trophicité musculaire en général. Dans un autre cas, revêtant l'aspect clinique d'une atrophie musculaire spinale classique, l'examen histopathologique révéla une sclérose latérale amyotrophique. On se rend ainsi compte de l'étiologie variable des syndromes d'atrophie musculaire spinale.

E. BAUER.

Recherches sur la production expérimentale de lésions abdominales par l'excitation des racines postérieures, par J. TINEL, G. UNGAR, A. GROSSIORD et J. L. PARROT. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 3, p. 213, mars 1937.

L'excitation du bout périphérique des racines postérieures correspondant au nerf splanchnique détermine des lésions des viscères abdominaux. L'étude de ces faits a permis d'établir une topographie sommaire. Les éléments nerveux intervenant dans le phénomène semblent être ceux qui déterminent la vaso-dilatation antidromique. Il s'agit sans doute de fibres nerveuses qui agissent par l'intermédiaire de la mise en liberté d'une substance histaminique. L'aspect des lésions est celui d'une congestion avec extravasation sanguine. Il est impossible d'établir actuellement les rapports qui unissent ces faits expérimentaux à la pathologie humaine. Cependant, les hémorragies digestives au cours du tabès, les lésions hémorragiques observées au cours des syndromes toxiques des maladies infectieuses, certaines hémorragies par infarctus semblent bien relever d'un mécanisme semblable.

L. MARCHAND.

Les neurinomes intra-thoraciques au cours de la maladie de Recklinghausen, par G. CARRIÈRE et Cl. HURIEZ. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, tome XIV, n° 4, p. 277, avril 1937.

Etude de deux cas de neurinome médiastinal. Dans le premier cas, la radiographie du thorax a décelé une tumeur du médiastin chez un sujet

atteint de maladie de Recklinghausen. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une forme intra-thoracique, isolée et pure de maladie de Recklinghausen, qui ne se révélait par aucun des stigmates cutanés et nerveux classiques.

L. MARCHAND.

BIOLOGIE

Du métabolisme des changements hématologiques chez les schizophrènes traités par l'insuline, par J. TRACZYNSKI. *Polska Gazeta Lekarska*, tome XVI, n° 47, 21 juillet 1937.

L'action de l'insulinothérapie chez les malades atteints de schizophrénie se traduit par l'association fonctionnelle des glandes endocrines, du système végétatif et du sang et se déroule en deux phases successives subordonnées aux réactions des centres nerveux. La première phase est caractérisée par la diminution du taux des globules blancs avec lympho et monocytose et tendance à l'augmentation des éléments alcalins du sang. Au cours de la deuxième phase on constate de la leucocytose avec prédominance de neutrophiles. Les réserves alcalines diminuent et le métabolisme basal augmente. La première phase est liée à la prépondérance du système parasympathique, la seconde à la prédominance du système sympathique. L'hypoglycémie n'est liée ni à la leucocytose, ni à la réaction clinique, ni à la dose de l'insuline.

FRIBOURG-BLANC.

La courbe glycémique dans la démence sénile (La curva glicemica nella demenza senile), par Salvatore DI MAURO (Catane). *Il Cervello*, janvier 1937, p. 49 à 52.

La courbe glycémique des déments séniles serait caractérisée par des oscillations brusques généralement faibles, mais supérieures à 2 0/0. Autant dire qu'elle n'offre aucun aspect particulier.

Henri Ey.

État de la barrière hémato-encéphalique dans l'épilepsie infantile du premier âge, par S. M. ZEITLIN, M. M. MODEL et M. I. TOUREZKIJ (*Neuropatologia i Psichiatra*. T. VI, fasc. 1, 1937).

Les auteurs constatent que, dans la plupart des cas de l'épilepsie du premier âge, existent des troubles de la fonction de la barrière hémato-encéphalique. Ils intéressent particulièrement les substances inorganiques : le phosphore et le calcium. Le taux du sucre est souvent diminué. Le potassium, les chlorides et l'azote résiduel ne paraissent pas influencés. Ces changements sont particulièrement évidents dans les épilepsies du type intra-ventriculaire. Le coefficient du potassium et du calcium dans le liquide céphalo-rachidien diffère peu de celui des enfants normaux.

FRIBOURG-BLANC.

Les relations entre les pressions sous-arachnoïdienne, artérielle et veineuse dans les affections organiques du système nerveux (Über die gegenseitigen Beziehungen zwischen subarachnoïdalem arteriellem und venösem Druck bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems), par A. KULKOW et A. M. STERNBERG, de Moscou. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 95, 3-4, 1937.

La régulation de la pression du liquide céphalo-rachidien ne dépend pas seulement de facteurs physiques (hydrostatiques et hémodynamiques), mais aussi de facteurs biologiques, centraux et locaux, et enfin de facteurs individuels qui expliquent les différences considérables constatées chez des sujets normaux. L'hypertension intra-rachidienne entraîne des modifications de la pression artérielle systolique et surtout diastolique ; cette dernière est augmentée en cas de tension sous-arachnoïdienne, variant entre 200 et 400 mm., mais diminuée quand ces chiffres ne sont pas atteints ou dépassés. Il n'y a d'ailleurs pas de parallélisme entre les variations des pressions sous-arachnoïdienne et artérielle. Le prélèvement du liquide céphalo-rachidien provoque une baisse des tensions artérielles systolique et diastolique, quand la tension sous-arachnoïdienne est de 200-400 mm. ; dans les autres cas, la tension systolique est diminuée légèrement, tandis que la tension diastolique augmente. Quant à la pression veineuse, le parallélisme avec les modifications de la tension sous-arachnoïdienne est loin d'être constant. En cas de ponction lombaire, elle se comporte comme la pression artérielle diastolique. Les variations observées, notamment celles provoquées par le prélèvement du liquide, sont en rapport avec l'action des centres vasomoteurs, mais elles sont influencées également par la nature du processus pathologique. Les constatations faites par l'auteur confirment à ce point de vue l'exactitude des formules d'Ayala et leur valeur pour le diagnostic différentiel des affections centrales, tumeurs, hydrocéphalie interne et lésions inflammatoires notamment.

E. BAUER.

La réactivation du liquide céphalo-rachidien chez les neuro-syphilitiques (La reattivazione del liquor nei neuroluetici), par le prof. Cristoforo Rizzo (Messina). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, mars-avril 1937, p. 341 à 554.

La réactivation de la réaction de Wassermann admet deux mécanismes : l'un spécifique (d'où la réactivation tire sa valeur) et l'autre aspécifique, due à l'emploi d'antigènes protéotropiques dans le liquide. A propos d'une intéressante observation, Rizzo conclut que les moyens endo-rachidiens de provoquer une réactivation (bismuth, eau distillée ou néosalvarsan) n'ont aucune portée pratique, quand ils n'induisent pas en erreur.

Henri Ey.

ENDOCRINOLOGIE

L'action des endocrines sexuelles sur le psychisme, par le Dr Pierre COMBEMALE, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, Médecin-Chef de la Maison de Santé de Bailloul (Conférence faite aux « Journées Médicales de Bruxelles », 1937, 15 pages, in *Bruxelles-Médical*, 6 février 1938).

Très intéressant exposé critique de nos connaissances sur l'action des endocrines sexuelles sur le psychisme, d'où le Professeur Combemale tire les conclusions suivantes.

Les sécrétions internes des gonades donnent au psychisme un profil sexuel comme elles donnent au reste de l'organisme l'aspect et le comportement mâle ou femelle. Le rôle des particules chromosomiques, mal élucidé encore, semble secondaire.

L'analyse psychologique comparative qui apporte les données les plus certaines est celle qui étudie chez des êtres de même race, l'entier d'avec le neutre, c'est-à-dire le castré bien avant la puberté ; possible chez l'animal, elle ne se rencontre pour l'homme que chez les eunuques, et de préférence ceux de race blanche.

L'instinct sexuel et toutes les qualités psychiques qui en dépendent, relèvent certainement des sécrétions gonadiques ; l'affectivité semble, elle aussi, être sous la dépendance de l'action de ces hormones. Quant aux qualités psychiques supérieures, elles seraient moins évidemment sous l'action directe de ces sécrétions.

R. C.

Contribution à l'étude du syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne, par P. TOMESCO et AL. VASILESCO. *Bulletin de la Société de Psychiatrie de Bucarest*, janvier-mars, 1937.

Les auteurs mentionnent la variabilité d'apparition du syndrome catatonique, qui peut apparaître au cours de psychoses constitutionnelles, infectieuses ou être consécutive au déséquilibre endocrino-végétatif, où tempérament et constitution ont un rôle déterminant.

Quatre observations mettent en valeur le rôle du dysfonctionnement ovarien et l'effet du traitement hétéro-hémothérapique.

M. LECONTE.

La neurocrinie hypophysaire et les processus neurocrines en général, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, 14^e année, n° 3, p. 165, mars 1937.

La neurocrinie hypophysaire ou sécrétion endo-nerveuse présente de nombreuses modalités et l'on peut distinguer, suivant la nature des produits d'excrétion : des neurocrinies cellulaire, pigmentaire et colloïde.

La neurocrinie colloïde est directe ou indirecte. Cette dernière comprend la péri-hémoneurocrinie (par les gaines vasculaires), l'hémoneurocrinie (par le système porte hypophyso-hypothalamique), la neuro-hydro-encéphalocrinie (par le tissu nerveux jusqu'au III^e ventricule), l'hémo-hydroencéphalocrinie (par les vaisseaux porte), et la méningocrinie (déversement de la colloïde dans les méninges molles).

Au cours de Hyperneurocrinie expérimentale, la colloïde hypophysaire se dirige vers les territoires nerveux éloignés de l'hypothalamus (thalamus, mésocéphale, formations olfactives).

Par neurocrinie, l'hypophyse peut agir sur les centres neurovégétatifs supérieurs de l'hypothalamus, sur certaines formations motrices extrapyramidales du subthalamus, sur ses propres centres excito-sécrétoires.

La neurocrinie hypophysaire n'est qu'une modalité particulière d'un processus endocrine très général. Par ce processus, les hormones stimulent le fonctionnement du système nerveux en agissant soit directement sur les centres nerveux (mécanisme hormono-neural central), soit sur les terminaisons nerveuses (mécanisme hormono-neural périphérique).

L. MARCHAND,

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Radio et Hygiène Mentale, par le Dr REPOND. *Kranken-und Irrenflege*, Zurich, nos 3 et 5, mars et mai 1937.

L'hygiène mentale, dont le seul but est de préserver et de fortifier la santé nerveuse et mentale des individus comme des sociétés, ne saurait se désintéresser de la radio, ni omettre d'étudier les avantages qu'elle présente à ce point de vue, aussi bien que les inconvénients, sinon parfois même les dangers, dont elle pourrait être la cause.

Il faut étudier d'une part l'élément bruit, son, et son influence, et d'autre part l'influence psychologique de la radio proprement dite, c'est-à-dire de ses programmes.

La campagne actuelle menée contre le bruit est légitime et nécessaire, mais l'expérience montre que sur la très grande majorité des malades mentaux, la musique de la radio agit d'une façon apaisante. Pour certains, elle semble remplir le rôle d'accompagnement à leur rêverie intérieure ; pour d'autres, la musique très rythmée est la plus apaisante et semble dériver assez bien des tensions intérieures.

Les problèmes posés par l'influence de la radio sur l'enfance sont loin d'être résolus et méritent la plus sérieuse attention. Chez les adultes, la radio est souvent un puissant moyen de rompre cet isolement moral dans lequel se trouvent, sont retenus ou se réfugient tant de personnes et qui est toujours à la base des troubles nerveux.

On a pu craindre enfin que la radio puisse servir de véhicule à des suggestions collectives et que des mouvements d'opinions irraisonnées soient ainsi déclanchés au profit d'agitateurs ayant intérêt à les exciter. Les expériences à ce sujet sont encore trop peu nombreuses pour en tirer des conclusions certaines, néanmoins il semble fort peu probable que des foules puissent, sous l'influence de la radio seule et sans la présence de l'orateur en personne, se livrer à des actes incontrôlables typiques de la suggestion collective. Il y a là cependant un risque possible.

LAUZIER.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de MAI, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 mai 1938*, à 9 h. 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance solennelle* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mai 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Le *dîner annuel* de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mai 1938*, à 20 heures.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 juin 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 juin 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

VI^e Congrès de l'association des maisons de santé psychiatriques au Japon

L'Association des maisons de santé pour malades mentaux du Japon vient de tenir son sixième congrès général.

Au Japon, 6 % seulement des personnes atteintes de maladies mentales peuvent être soignées dans des établissements spéciaux. L'Association demande que des mesures sérieuses de prévention soient prises afin d'enrayer l'inquiétant développement des maladies mentales. Le Ministère de

l'Intérieur a mis cette question à l'étude car il ne s'agit pas uniquement de mesures médicales mais des mesures administratives. En effet, il n'y a pas actuellement assez d'hôpitaux au Japon et la première mesure à prendre sera la construction de plusieurs de ces établissements.

Le Gouvernement va créer en outre un institut de recherches sur les maladies mentales.

Dans toutes les régions, dans toutes les villes et les villages où cela sera possible, un bureau spécial sera créé pour que les parents puissent consulter un aliéniste sur l'état mental de leurs enfants.

(*Le Siècle Médical*, 15 avril 1936).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 56.170

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

DES MODIFICATIONS QUI POURRAIENT ÊTRE APPORTÉES A LA LOI DU 30 JUIN 1838

PAR

J. HAMEL et J. LAUZIER



Dans notre pays, l'assistance aux malades mentaux est uniquement réglée par des dispositions législatives maintenant centenaires, celles de la loi du 30 juin 1838. Cette loi, étudiée minutieusement, discutée à plusieurs reprises et inspirée par les fondateurs de la psychiatrie moderne Pinel et Esquirol, était essentiellement dans l'esprit de ses auteurs une loi d'assistance. Son but principal était de réaliser les conditions les meilleures pour soigner les malades mentaux et les protéger à la fois dans leur personne et dans leurs biens. Antérieurement, les aliénés étaient hors la loi commune ; relégués le plus souvent dans des hospices ou des dépôts de mendicité, ils étaient même parfois placés en prison, et une des préoccupations principales d'Esquirol fut d'établir des règles absolues pour que cette dernière éventualité fût rendue impossible.

C'est pour cette raison que la loi de 1838 imposa à tous les départements français l'obligation d'organiser des établisse-

ments spécialement consacrés au traitement des maladies mentales, et l'étude des travaux préparatoires met en lumière, combien grand fut, pour le législateur, le souci de protéger la liberté individuelle, d'écarter les formalités susceptibles de retarder l'internement et le moment où l'aliéné pourrait être traité médicalement. A cette époque, le point important était de créer des établissements, d'en organiser le régime, de faire cesser les abus en assurant la sauvegarde de la liberté individuelle et en protégeant les intérêts des malades. La loi de 1838 s'est arrêtée là, et malgré les légères imperfections qu'elle présente, cette loi a réalisé un régime tellement harmonieux et bien adapté à son but que, jusqu'ici, tous les projets de réforme ont été voués à l'échec.

Cependant des tendances nouvelles se dessinent et les questions de l'assistance aux malades mentaux, de la prophylaxie des troubles psychiques, de l'aide sociale à prodiguer aux convalescents sont actuellement à l'ordre du jour. Il appartient donc au Parlement de compléter cette œuvre et d'édicter des mesures destinées à lutter efficacement contre le développement des maladies mentales et à assurer aux psychopathes les soins nécessaires.

A notre sens, tout projet concernant l'assistance des malades mentaux ne peut faire fi des mérites reconnus de l'ancienne législation de 1838 ; il doit simplement chercher à y introduire quelques données nouvelles, à conférer une base légale à un certain nombre de pratiques, telles que l'organisation du placement spontané, des sorties d'essai, des colonies familiales, etc..., qui ont fait leurs preuves par une longue application, à assurer enfin aux psychopathes non aliénés une assistance appropriée à leur état en réalisant les conditions les plus favorables à leur traitement et à leur guérison. Avant tout, les nouvelles dispositions légales devront s'inspirer de ce fait que, si l'aliéné est un malade envers ou contre qui s'imposent des mesures particulières de protection, il est également un malade susceptible de bénéficier d'un traitement d'autant plus efficace qu'il aura été plus précoce et qui mérite d'être assisté obligatoirement aussi complètement que tout autre malade.

*
**

La nouvelle loi, reprenant une disposition adoptée en 1931, fera donc du traitement des aliénés une charge publique : l'assistance et les soins nécessaires aux malades mentaux privés de

ressources sont une obligation pour l'État, les départements et les communes, la répartition des dépenses pouvant faire l'objet de barèmes spéciaux.

L'obligation pour chaque département d'avoir sur son territoire un établissement spécialisé sera maintenue et précisée. Il en sera de même des garanties de compétence à exiger des médecins chargés d'un service d'aliénés ; ceux-ci devront avoir satisfait aux épreuves du concours du médical des hôpitaux psychiatriques.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt que présentent les colonies familiales et les établissements de cure pour alcooliques ; la loi devra donc prévoir la faculté pour certains départements de s'associer pour créer à frais communs des établissements, où les alcooliques seraient soumis à une cure prolongée de désintoxication et de rééducation, de manière à assurer leur reclassement dans la société avec l'aide d'un service social. De même les placements familiaux de certains chroniques sélectionnés et de malades convalescents devront être expressément stipulés dans la loi afin d'assurer à ces malades le régime général de protection organisé par celle-ci.

En dehors des placements volontaires, où la demande d'admission à l'asile est faite par un tiers, il est nécessaire de réglementer les placements effectués à la requête du malade. Il existe en effet un certain nombre de psychopathes assez conscients de leur état pour désirer être soignés et mis à l'abri de leurs réactions mauvaises ; ils doivent pouvoir, s'ils sont majeurs et non interdits, signer leur propre demande d'admission accompagnée du certificat médical habituel.

Quant aux placements d'office, nous estimons qu'ils ne devraient être ordonnés par l'autorité publique que sur le vu d'un certificat médical concluant à la nécessité de l'internement. Bien qu'en pratique les autorités préfectorales ne signent un arrêté de placement qu'après avis médical, nous estimons nécessaire d'insérer cette nouvelle garantie de la liberté individuelle dans la loi.

Actuellement, en cas de danger imminent, les maires — et les commissaires de police à Paris — ont le devoir d'ordonner toutes les mesures provisoires nécessaires. Or, en fait, l'application de cet article 19 de la loi de 1838 a donné lieu à des réglementations radicalement opposées, par suite de divergences d'interprétation sur ce qu'il fallait entendre par « mesures provisoires ». Il y aura donc lieu de préciser ce terme en indiquant qu'il comporte le placement direct à l'hôpital psychiatri-

que, ce qui ne fera que donner une consécration légale à diverses circulaires ministérielles antérieures. Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsque le placement direct à l'asile n'aura pu être effectué, que les hôpitaux et hospices seront tenus de recevoir provisoirement les aliénés.

Enfin ce séjour d'attente ne saurait, en aucun cas, dépasser quatre jours, disposition qui mettra enfin un terme aux abus flagrants signalés par le Docteur Raynier dans son rapport de l'Inspection Générale de 1927.

Une modification serait également à apporter aux dispositions qui règlent le sursis provisoire à la sortie des malades placés volontairement en cas d'opposition médicale. Jusqu'à maintenant ce sont les maires qui ont la charge de statuer sur ces sursis provisoires ; ce recours se comprenait en 1838 ; il s'explique moins avec les facilités de communication actuelles et il nous semble normal en ce cas d'en référer directement et d'urgence au préfet.

Divers projets anciens de réforme de la loi de 1838 ont voulu exiger, pour autoriser l'internement, l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire. Cette disposition nous paraît inadmissible, car elle provoquerait des lenteurs préjudiciables au traitement précoce du malade et elle aurait pour résultat de transférer au pouvoir judiciaire la responsabilité qui incombe au médecin rédacteur du certificat initial.

D'autres propositions plus récentes ont voulu faire jouer cette intervention habituelle de la magistrature pour le maintien des malades à l'asile, après un délai, d'ailleurs variable, de 6 à 18 mois. Nous ne pensons pas que ce système donne à la liberté individuelle des garanties supérieures à celles prévues par l'ensemble de la loi de 1838, en particulier par celles de son article 29. Les critiques sont faciles et nombreuses : incompétence des magistrats pour juger une affection mentale, à moins d'avoir recours dans chaque cas à une expertise, — ce qui serait dans la pratique irréalisable — ; impossibilité matérielle d'exécution si le tribunal doit statuer sur chaque internement, nécessité d'accroître le nombre des magistrats, frais élevés, publicité intempestive. Pour nous, cette formalité est inutile, préjudiciable et inopérante, quel qu'en soit le délai. Actuellement et pendant toute la durée de l'internement, tout cas paraissant douteux est soumis à l'appréciation du Tribunal, il est vraiment superflu de procéder de même lorsque rien ne décèle un internement ou un maintien injustifié.

D'ailleurs, dans tous les cas litigieux, une Commission médico-

judiciaire, analogue à celle prévue pour les asiles de sûreté, pourrait donner un avis autorisé et guider les autorités judiciaires ou administratives dans le choix des mesures à prendre.

Au sujet, des sorties, en dehors de quelques modifications de détail (envoi d'un certificat au préfet au lieu de la simple déclaration sur le livre de la loi), la principale innovation est celle des sorties d'essai. Celles-ci sont pratiquées de longue date dans un grand nombre d'établissements avec des résultats excellents et il est désirable de leur donner une base légale. Ces sorties d'essai auraient une durée de trois mois, période pendant laquelle le malade pourrait toujours réintégrer l'établissement sans formalité. Alors qu'aucune condition de surveillance ne serait imposée quand il s'agirait d'un malade ayant fait l'objet d'un placement volontaire, une surveillance médicale serait au contraire nécessaire pour ceux dont l'état d'aliénation mentale avait compromis l'ordre public et la sûreté des personnes. Un médecin, librement désigné par la personne qui aura la garde et la responsabilité du malade, devra examiner celui-ci tous les quinze jours et rédiger un certificat qui sera transmis par le Préfet au médecin de l'Asile. L'institution du service social facilitera et augmentera l'efficacité de cette surveillance.

Sans insister sur les dispositions financières de la nouvelle loi, celle-ci devra promulguer l'obligation pour tous les établissements publics de passer, avec les caisses primaires d'assurances sociales, une convention aux fins de fixer un tarif minimum au moins égal au prix de journée de la dernière classe des malades payants, ainsi que le montant des honoraires médicaux et des frais pharmaceutiques. Ces dernières sommes ne pourront, en aucun cas, être perçues par les médecins des hôpitaux psychiatriques publics, qui ont un statut fixé par décret, mais elles feront l'objet d'un chapitre spécial au budget des recettes de l'établissement et elles seront employées à l'amélioration du traitement des aliénés. Ainsi verra-t-on la loi sur les assurances sociales couvrir le risque maladie mentale au même titre que les autres, ce qui est exceptionnel à l'heure actuelle.

La gestion et la protection des biens des malades en traitement doit particulièrement retenir l'attention du législateur.

Une lacune absolument incontestable de la loi de 1838 est l'inorganisation, dans les établissements privés faisant fonction d'hôpital psychiatrique public, d'une administration provisoire légale. Les malades traités dans ces établissements, — et ils sont près de 20.000 —, sont dépourvus de l'administration automati-

que et gratuite de leurs biens par un délégué de la Commission de Surveillance. En raison des retards et des frais inhérents à toute procédure tendant à la désignation d'un administrateur judiciaire, le plus souvent, les biens de ces malades restent sans protection. Il est donc urgent d'étendre aux Commissions de Surveillance des établissements privés faisant fonction les dispositions relatives à l'administration provisoire légale.

Divers progrès sont également à réaliser dans les pouvoirs de l'administrateur. C'est ainsi qu'il pourrait, seul, et de son propre chef : procéder au recouvrement des sommes dues et à l'acquittement des dettes ; passer des baux de moins de trois ans ; accepter une succession sous bénéfice d'inventaire ; vendre le mobilier lorsque celui-ci n'excède pas 7.500 francs ; représenter l'aliéné dans les actions qui pourraient être intentées. Avec l'autorisation de la Commission de Surveillance (administrateur légal), ou du Conseil de famille (administrateur judiciaire), il pourrait : passer des baux de plus de trois ans ; procéder à des aliénations immobilières et constituer des hypothèques lorsque la valeur n'excède pas 7.500 fr. ; accepter des libéralités avec charge et à titre universel ; faire procéder à un partage amiable ou transiger lorsque l'intérêt en jeu n'excède pas 7.500 fr. ; intenter au nom de l'aliéné toute action mobilière ou immobilière.

Pour tous les autres actes, l'homologation du Tribunal civil serait nécessaire.

En contre-partie de cette augmentation considérable des pouvoirs de l'administrateur et pour accroître les garanties nécessaires, un curateur à la personne serait obligatoirement nommé dès que l'administrateur provisoire serait amené à accomplir un acte nécessitant l'autorisation de la Commission ou l'homologation du Tribunal. Ce curateur aurait un droit de contrôle et de surveillance sur les actes de l'administrateur et pourrait faire opposition.

Par ailleurs, certains rouages n'auraient plus leur raison d'être et pourraient être supprimés, tels que le notaire commis et le mandataire *ad litem* ; leurs pouvoirs seraient dévolus à l'administrateur sous certaines conditions.

Enfin, toutes les significations devraient être faites à l'administrateur, que celui-ci soit légal ou judiciaire. Bien entendu, il serait légitime d'accorder à l'administrateur une rétribution variable suivant l'importance des actes auxquels il serait désormais appelé à procéder.

Jusqu'ici, les aliénés échappent à toute responsabilité, tant

civile que pénale ; cette solution a parfois de fâcheuses conséquences : tel aliéné riche causant à un tiers un préjudice grave, la victime et ses héritiers n'ont aucun recours. Il est donc légitime de remédier à cette situation et de décider que les aliénés encourent la responsabilité civile édictée par les articles 1.382 et suivants du Code civil pour les actes commis par eux en dehors de l'établissement d'internement. Les engagements signés par eux au cours d'une sortie d'essai seront annulables.

Enfin les personnes, qui, en vue d'obtenir une sortie d'essai ou une sortie définitive d'un aliéné interné, auront assumé sa garde ou sa surveillance, pourront être recherchées en vertu de ces mêmes articles du Code civil, soit par les tiers, soit par l'aliéné lui-même.

A l'inspiration d'autres législations étrangères, une réserve serait cependant à établir sur la portion du patrimoine nécessaire aux soins du malade et à l'entretien des personnes vis-à-vis desquelles il est tenu à la dette alimentaire.

*
**

Deux titres absolument nouveaux devront enfin trouver place dans la loi nouvelle, l'un visera les aliénés criminels, l'autre traitera des services d'hospitalisation libre.

La question des crimes commis par les aliénés en liberté préoccupe à juste titre l'opinion publique. Chaque jour pour ainsi dire les journaux relatent de tels faits déplorables et nous apprennent que l'auteur du crime était, soit un alcoolique invétéré, soit un individu que tout le monde considérerait comme fou, mais auquel personne ne prêtait attention, sous le fallacieux prétexte qu'il était inoffensif. Nous pensons qu'il serait possible de remédier à un tel état de choses en instituant, dans des conditions bien déterminées, la responsabilité civile solidaire de la commune de résidence et de la famille du malade criminel. Il est inadmissible que la société subisse les conséquences de la négligence des personnes qui doivent, en conscience, prévenir le danger.

D'autre part, un principe doit dominer toute cette question des aliénés criminels, il a été exprimé il y a quelques années par M. le Président Michel à la Société de Médecine légale : tout individu qui, par suite de son état mental, a échappé totalement ou partiellement à la répression, doit désormais être soumis à une surveillance et à des mesures de protection proportionnées à son état.

Nous connaissons tous des familles qui s'émeuvent de voir l'un des leurs, mélancolique ou malade inoffensif, se trouver en contact permanent d'un autre malade certes mais cependant auteur d'un crime plus ou moins retentissant. Pour ces derniers des asiles de sûreté, — le terme asile est conservé à dessein, — doivent être créés. Dans ces établissements, réservés aux aliénés criminels ou judiciaires, les malades seront placés par « décision de justice », décision qui, à notre avis, ne peut être prise que par la seule juridiction civile. En effet, un inculpé, reconnu aliéné, n'est plus un coupable que l'on doit punir, il échappe dès ce moment à la juridiction pénale et c'est aux Tribunaux civils de prendre les mesures nécessaires de défense sociale. Toutefois, des dérogations pourront être ordonnées par le Tribunal lorsque le rapport d'expertise fera mention de la nécessité de traiter le malade dans un hôpital psychiatrique ordinaire.

La durée du placement en asile de sûreté sera fixée par le Tribunal en raison de l'état mental du délinquant et du danger social qu'il présente, et non, comme dans la loi belge de défense sociale, suivant la gravité du délit. En accord avec la proposition de MM. Lisbonne et Camboulives relatives aux délinquants mentalement anormaux, cette durée ne pourra excéder 18 ans.

D'ailleurs, les individus placés en asile de sûreté pourront toutefois exercer un recours judiciaire en vue de demander leur sortie. En ce cas, une Commission médico-judiciaire comprenant : un magistrat, président, un avocat, un médecin-psychiatre et le médecin de l'établissement, se réunirait et statuerait. De même à l'expiration du délai de placement fixé par le Tribunal, cette Commission se prononcerait sur chaque cas et ordonnerait, soit la sortie définitive, soit le maintien dans un asile de sûreté, soit le placement dans un hôpital psychiatrique, soit la sortie à titre d'essai avec surveillance du service social. Tous les cas sont en effet des cas d'espèce sur lesquels il faut statuer individuellement.

Les détenus, devenus aliénés pendant l'exécution de leur peine, pourront également être placés en asile de sûreté et la commission médico-judiciaire aura à se prononcer sur leur cas.

Il existe enfin des malades qui, placés dans les hôpitaux psychiatriques, sont, par la continuité de leur attitude hostile provocante et de leurs réactions, un danger constant pour les autres malades. Ces individus ont souvent des mœurs inavouables, un esprit d'indiscipline et de révolte, qui peuvent nécessiter un placement en asile de sûreté. En ce cas, ce transfert ne pourrait être ordonné par le Préfet qu'après avis conforme d'une com-

mission spéciale composée de trois médecins-psychiatres. A l'égard de ces aliénés dangereux, cette même commission pourrait par la suite proposer au Préfet les mesures utiles : soit sortie définitive ou à titre d'essai, soit réintégration dans un hôpital psychiatrique ordinaire.

Tout nouveau projet de loi devra enfin s'intéresser à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de leur prophylaxie. S'inspirant des conclusions adoptées à l'unanimité par le Conseil supérieur de l'Assistance publique lors de sa session de février 1937, il devra édicter l'obligation pour chaque département de créer : 1° des centres de prophylaxie mentale avec consultations externes pour adultes et enfants déficients ; 2° un service social psychiatrique ; 3° des services spécialisés d'hospitalisation libre.

Le premier cadre de ces services prophylactiques serait fourni par les hôpitaux psychiatriques qui leur prêteront le concours de leur personnel et de leurs installations techniques. Par la suite les dispensaires devront fonctionner en liaison étroite avec l'office d'hygiène sociale, l'inspection départementale d'hygiène, l'inspection médicale des écoles et les laboratoires régionaux.

La direction de ces organismes de traitement et de dépistage, de même que celle des services ouverts, ne pourra être confiée en raison de la délicatesse des décisions à prendre et des responsabilités qu'elles peuvent entraîner qu'à des médecins spécialistes avertis et compétents, en l'espèce des médecins ayant satisfait aux épreuves du concours du médicament des hôpitaux psychiatriques. Ils auront, en particulier, la charge de proposer ou de provoquer l'internement chaque fois que l'état du malade le rend justiciable des mesures de protection de la liberté individuelle, de sauvegarde des intérêts matériels ou de maintien de l'ordre public instituées par le législateur de 1838.

*
**

Dans cette revue rapide des modifications possibles de la loi du 30 juin 1838, nous avons dû omettre bien des questions secondaires et bien des détails, mais il n'en subsiste pas moins que la loi actuelle est une loi admirable, dont les principes essentiels doivent être maintenus. Il reste simplement à la rajeunir, à la compléter aux lumières de l'expérience et à la mettre en harmonie avec les nécessités de l'heure présente.

Il est facile de discuter sur les méthodes à adopter pour aboutir enfin au vote des retouches reconnues nécessaires. Faut-il, comme l'a fait récemment M. le docteur Henri Léculier, déposer successivement toute une série de propositions de loi portant spécialement sur tel ou tel point à réformer ? Après avoir obtenu le placement spontané, les sorties d'essai, la révision des pouvoirs de l'administrateur, un nouveau projet viendrait traiter la question des aliénés criminels, puis celle des services ouverts. Faut-il, au contraire, à l'exemple de M. Strauss, envisager une refonte complète et une modernisation totale ? L'avenir nous l'indiquera et le plus sage est peut-être de tenter à la fois l'une et l'autre méthodes.

Les questions soulevées sont d'une trop haute importance pour que l'examen en puisse être sans cesse ajourné. Nous avons le devoir de soutenir et d'éclairer le mouvement d'opinion qui se dessine actuellement en vue d'assurer une assistance plus libérale aux psychopathes et de créer cette organisation de l'hygiène et de la prophylaxie mentales attendue depuis si longtemps en France.

LACUNES DE LA LOI DE 1838

EN CAS D'EVASION

PAR

JEAN PICARD

Alors que la loi de 1838 devient centenaire, même si tous s'accordent à reconnaître que nulle œuvre législative ne fut mieux charpentée et qu'elle appelle plus des additions ou des aménagements que des « réformes de structure », il n'est peut-être pourtant point inutile de souligner sur des points particuliers ses lacunes. Restée sur un plan éminemment théorique, elle semble ne point avoir voulu envisager les imperfections matérielles de son application. C'est ainsi qu'elle a laissé dans l'ombre, comme hors de sujet, la question si brûlante des aliénés en liberté (1) et celle des évadés. La situation de ces derniers a sensiblement moins encore retenu l'attention, quoique la question ne soit point négligeable, si l'on en juge au nombre des avis de recherches envoyés par le Ministère de la Santé publique aux préfetures alors qu'il s'agit en majorité d'aliénés judiciaires, c'est-à-dire de sujets dont la nocivité sociale n'est pas à démontrer. Un seul travail d'ensemble a été publié en France à cet égard : travail remarquable ne laissant pratiquement aucun point dans l'ombre et auquel il faudra toujours se reporter en la matière : l'étude sur les évasions d'aliénés par Roger Dupouy, en mars 1933 (2). Après un résumé d'observations probatoires, cet auteur a montré, à côté de la vaste marge des solutions pratiques trop souvent laissées à la discrétion de chaque empirisme local, les points délicats que soulèvent les questions de l'administration provisoire et de la responsabilité pénale des évadés sur lesquelles la

(1) Voir le rapport de M. le Professeur Claude au 18^e Congrès de médecine légale de langue française (*Annales de médecine légale*, avril 1933) et la discussion qui l'a suivi (*Annales de médecine légale*, décembre 1933).

(2) Roger DUPOUY. — Etude sur les évasions d'aliénés. *Annales Médico-Psychologiques*, mars 1933.

loi reste muette, sans compter celle des responsabilités des établissements et des collectivités, lesquelles sont laissées à l'appréciation variable des Tribunaux selon les règles du droit ordinaire. Ainsi a-t-on vu se créer des usages qui ne sont point toujours mauvais, mais qui restent toujours discutables et attaquables dans la mesure même où ils attendent une codification.

A la lumière d'un certain nombre de cas litigieux, il n'est sans doute point superflu d'envisager à nouveau ce que requièrent ces problèmes éminemment pratiques, puisque l'assistance aux psychopathes s'oriente plus dans le sens de l'open-door que dans celui de la « rétention ». Au surplus, et comme l'a fort bien montré M. Dupouy, ces lacunes ont fait déjà l'objet des préoccupations de certains projets de réforme et l'on trouve des textes significatifs dans les projets Dubief (dont la proposition de loi fut adoptée par la Chambre des députés seule en 1907), et Strauss. Habituellement, la situation de l'évadé n'y est envisagée qu'en fonction des problèmes généraux que soulève l'ordonnance générale des dispositifs et de l'esprit de la loi. Il y aurait, à notre sens, un intérêt de clarté, de densité et de cohérence à introduire dans une section spéciale l'ensemble des dispositions que la situation particulière de l'évadé sollicite, tant du point de vue administratif que juridique.

C'est ainsi que nous envisagerons sous ces deux aspects les données du problème.

I. — SITUATION ADMINISTRATIVE DE L'ÉVADÉ

Comme l'ordonnance de 1839, en son article 24, le dernier règlement-modèle, en son article 32, fait une obligation au directeur de l'Etablissement de signaler immédiatement au Préfet du département toute évasion. Les renseignements à fournir (signalement, circonstances de l'évasion, direction présumée de celle-ci, etc.) sont d'une pratique courante qui n'a pas besoin d'être précisée. Par contre, l'usage constant d'adresser un certificat de situation détaillé au moment de l'évasion et concluant à la réintégration ou non devrait être prévu dans la loi, ce qui fournirait un fondement légal à la pratique surtout provinciale, dite de la « *régularisation* » de sortie. Cette manière de faire a des origines très anciennes et en tout cas antérieures à la loi sur les aliénés, puisque Mme Bonnafous-Sérieux, dans son livre sur la Charité de Senlis, écrit : « Si l'évadé n'est pas réintégré, l'autorité administrative, pour régulariser la situation et « décharger le supérieur de l'injonction qui lui a été faite de garder » le

pensionnaire, « révoque l'ordre de garder » par une lettre de cachet. C'est le cas pour le sieur Gout : une lettre de cachet révoque, après son évasion, l'ordre de rétention à Senlis : « De par le Roy cher et bien amé, — Nous vous faisons cette lettre pour vous dire que nous révoquons l'ordre par lequel nous vous avons enjoint de garder dans votre maison le sieur Gout, ci-devant chanoine de la cathédrale de Tours ; voulons que le dit ordre soit actuellement nul et de nul effet. Car tel est notre plaisir. — Donné à Paris, le 17 décembre 1789. Signé : Louis. Contresigné : Saint-Priest (1). » Il en est de même présentement et trois de nos malades ont ainsi bénéficié d'une « défalcation confirmée », sous la forme d'un arrêté de sortie. Toutefois, comme M. Dupouy le signale, le Préfet de police à Paris considère que l'aliéné placé d'office, bien qu'évadé, demeure toujours sous le coup de son arrêté d'internement et peut toujours faire reconduire l'évadé à l'infirmerie spéciale pour examen et décision. Il est certain qu'aucune loi ne saurait créer d'obligation d'entérinement, mais que, par contre, comme nous le verrons plus loin, elle devrait préciser la durée des délais de validité des arrêtés de placement dès l'instant qu'ils sont dépourvus du contrôle médical prévu par la législation ; à tout le moins, un article pourrait envisager la justification de la procédure de régularisation.

C'est également l'empirisme qui préside à toutes les démarches effectuées dans la *recherche et pour la réintégration de l'évadé*. Ici, la question concerne moins sans doute le dispositif même de la loi que les règlements de police. Mais cela tient aussi à ce que la situation juridique de l'évasion n'a pas, en matière d'aliénation mentale, été systématiquement envisagée par elle. Le Préfet de la Seine, en réponse à une question, a reconnu qu'il n'existait aucun règlement régissant la mission des infirmiers chargés de la réintégration, que les moyens employés ne doivent être que de persuasion (*Bull. Municip. off.*, 27 octobre 1928 et 15 janvier 1929). Au demeurant, selon Raynier et Beaudoin (2), l'*intervention de la force publique* à l'égard des aliénés est expressément condamnée dans l'esprit des dispositions légales et réglementaires (article 24 de la loi de 1838, circulaires du 18 septembre 1838 et du 19 septembre 1890, relatives au séjour

(1) H. BONNAFOUS-SÉRIEUX. — Une maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e siècle. La Charité de Senlis. *Les Presses Universitaires de France*, 1936.

(2) RAYNIER et BEAUDOIN. — *L'asile et les asiles d'aliénés*, page 419. Le François, éditeur, 1930.

provisoire et aux transferts). Il paraît bien choquant, pourtant, hors de certaines distances très restreintes, de laisser à la charge d'un personnel non habilité des fonctions qui sont du ressort des services de l'ordre public, et si le décret du 20 mai 1903 portant règlement sur l'organisation et le service de la gendarmerie précise en son article 305 : « Toutefois, la gendarmerie empêche la divagation des fous dangereux, s'en saisit, ainsi que de ceux qui lui seraient signalés comme évadés des établissements d'aliénés et les remet sur-le-champ à l'autorité civile locale, là s'arrête le rôle de la gendarmerie. En aucun cas, les aliénés ne doivent être déposés dans les chambres de sûreté », c'est que l'article 475 du Code Pénal, en son paragraphe 7, lequel comporte une assimilation assez saugrenue, a prévu une peine d'amende de 6 à 10 francs pour « ceux qui auraient laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces ». L'interprétation donnée ici à la loi et que reflètent les circulaires précitées, lesquelles ne sont relatives, en fait, qu'aux séjours provisoires et aux transferts, paraît abusive, qui tend à trouver dans l'article 24 de la loi de 38 une condamnation de l'intervention de la force publique. Proscrire le dépôt dans des prisons avec des condamnés ou des prévenus n'a jamais signifié la proscription d'appréhender un malade dangereux dont on a prévu, par ailleurs, les conditions de son transport. Certes, les pouvoirs publics, par crainte de scandale, ne se montrent guère enclins à ces mesures énergiques et là peut-être est l'origine de cette interprétation fallacieuse. Un érotomane de mon service, amoureux de la fille du roi d'Angleterre, qui s'est évadé trois fois, quoique signalé à la gendarmerie, aux Préfectures et à l'Ambassade d'Angleterre à Paris, ayant réclamé un mandat télégraphique à l'administrateur provisoire pour lui être adressé au bureau de poste de la rue d'Enghien, a pu y être interpellé par des agents mandatés à cet effet sans aucune autre intervention de leur part, puis être employé plusieurs mois par le Maire d'une importante commune de Seine-et-Oise sans qu'on s'assurât de son identité ni qu'on l'inscrivit aux assurances sociales, et finalement se rendre avec les voyages Cook à Londres et y déposer un placet au Palais de Buckingham. Il avait été interné la première fois porteur d'un revolver avec 32 cartouches dans ses poches. Cette carence des autorités au regard des psychopathes lucides pose la question plus vaste des aliénés en liberté dans toute son ampleur. Tout aménagement de la loi devrait comporter un éclaircissement nécessaire des interprétations tendancieuses qu'a fait naître l'article 24.

Un point de moindre importance concerne les *frais de réintégration*. Sans doute me suis-je laissé dire que, dans certain asile de l'est, ceux-ci incombaient intégralement au personnel secondaire fautif et que cette disposition avait le mérite de supprimer presque complètement les cas d'évasion. Ces heureux effets ne sauraient être généralisés. Auzouy, en 1878, signalait déjà (1) que le département des Hautes-Pyrénées avait émis la prétention d'exiger de l'Asile de Pau, « non seulement le remboursement des frais de transport de Tarbes à l'Asile St-Luc d'une aliénée à sa charge, évadée de six mois et demi auparavant, mais encore le paiement de huit journées de séjour à l'hospice, justement réclamées par cette institution charitable ». La Commission de surveillance de l'Asile, se basant sur l'absence de faute lourde, sur les conditions de séquestration « réglementairement, légitimement incomplète », sur les bénéfices réalisés par le département du fait de l'absence de l'Asile durant six mois d'une aliénée à sa charge, repoussa cette demande et obtint gain de cause. Les articles 26, 27 et 28 doivent donc être déclarés applicables aux évadés, mais encore faudrait-il qu'un texte le précisât.

Une omission infiniment plus grave de la loi est celle des *délais de réintégration* : le silence absolu des textes laisse la porte ouverte aux opinions les plus opposées. Seule la jurisprudence pourrait fournir une indication mais aucune consécration de durée n'a été formulée par les Tribunaux, au moins de façon nette, puisque le jugement du Tribunal de Besançon du 15 février 1888 se bornait à dire qu'il y a droit acquis au profit de l'aliéné « du moment qu'un certain laps de temps s'est écoulé depuis l'évasion », les formalités d'un nouveau placement redevenant alors éventuellement nécessaires. De même un arrêt de la Cour de Bordeaux du 11 décembre 1901, cité par Dupouy, opposait le cas de l'évasion récente aux évasions plus anciennes sans déterminer ces qualifications, étant entendu que la non-réintégration ne constituait pas une reconnaissance rétrospective de séquestration arbitraire. Certains ont pu estimer que le délai de quinze jours était dans l'esprit de la loi, cette durée étant celle de la validité des certificats médicaux, expressément stipulée par les articles 8 et 11 de la loi de 1838. Mais on pourrait faire valoir que les dits articles, en dépit de l'usage établi, n'ont jamais, pour les placements d'office, eu un caractère aussi explicitement impératif que pour les placements

(1) AUZOUY. — De la responsabilité au sujet des évasions. *Annales Médico-Psychologiques*, mai 1878, p. 353.

volontaires et ne règlent la question que dans ces derniers cas. Aussi bien certains Préfets ont estimé que, même alors, « l'intéressé devrait, en l'occurrence, être considéré non comme un évadé, mais comme un malade ayant bénéficié d'une sortie d'essai, laquelle deviendrait définitive au bout d'un mois ». Tant que la sortie d'essai ne sera pas légalisée, il ne sera pas permis d'en tirer argument : d'ailleurs le temps des sorties d'essai varie avec chaque département, voire avec les propositions faites pour chaque cas spécial. M. Orelli, dans un rapport fort circonstancié, tout en admettant comme bien fondé « le contraste qui existe entre les aliénés évadés (dont le retour à l'asile a été prescrit), qui ne peuvent plus être réintégrés après le quinzième jour de leur évasion sans une nouvelle décision d'internement, et les malades bénéficiant de sortie d'essai, certainement moins dangereux que les premiers qui, cependant, peuvent être réintégrés sans nouvelles formalités pendant le délai d'un mois » a répondu de façon habile à cette argumentation et l'on se reportera avec profit à son travail sur le sujet (1). Pourtant nous ne croyons pas que les règles qu'il édicte, parfaitement valables pour les placements volontaires, le demeurent pour les placements d'office et que, comme l'écrit M. Dupouy à ce propos « la question de la validité du certificat de réintégration durant quinze jours est réglée en pratique » puisqu'aussi bien l'arrêté de placement d'office peut, en théorie, se passer de tout certificat et le maintien être décidé contre les conclusions d'un certificat. La position adoptée par Auzouy tire argument d'un autre élément qu'il cherche dans le texte même de la loi : « Dans le mois qui suit l'évasion (et naguère nous limitions à quinze jours cette latitude) nous pensons être en droit de faire rechercher et réintégrer par nos agents les aliénés enfuis, à moins que nous ne constations médicalement que la guérison est survenue. En pareil cas, nous nous empressons d'adresser à l'autorité préfectorale un certificat de situation mentale, et de l'aviser de la rentrée du malade à l'asile. Mais lorsque plus d'un mois s'est écoulé depuis la sortie, subreptice ou non, il nous semble que les évadés n'appartiennent plus à l'établissement, et que l'arrêté de placement les concernant a cessé de leur être applicable. En effet, l'article 12 de la loi du 30 juin 1838 prescrit la consignation mensuelle sur le registre matricule des changements survenus dans l'état mental de cha-

(1) F. ORELLI. — Les réintégrations après l'évasion. *L'Aliéniste français*, mars 1938, page 102.

que malade ; or tout aliéné absent depuis plus d'un mois, n'étant plus susceptible de se voir appliquer cette prescription légale, ne fait plus partie de la population de l'asile, et par la durée même de son absence, il peut être présumé guéri de la crise de folie qui avait motivé sa séquestration. » Pourtant, certains Préfets estiment sans doute encore qu'aucun délai ne les limite et que le retour à l'état de choses antérieur, c'est-à-dire la réintégration sans contrôle, doit précéder toute décision. C'est ainsi que sur vingt cas d'évasion, j'ai pu voir trois fois la réintégration s'opérer sans aucune formalité dans les délais suivants : un mois et demi, 2 mois et dix jours, quatre mois et demi. De telles manières d'opérer sont évidemment contraires à la circulaire du Ministre de l'Intérieur du 28 décembre 1842, ainsi libellée : « Dans ces divers cas, vous devez, Monsieur le Préfet, considérer comme autant de placements la rentrée du malade qui aura rechuté, celle du fugitif qui aura été repris et ramené... » Mais l'on ne saurait dire qu'elles enfreignent une loi qui ne s'est pas prononcée.

Tout autre est la *réintégration dans un établissement psychiatrique d'un département nouveau d'un malade évadé de la formation asilaire d'un autre département*. Il est évident qu'en vertu de l'article 18 il faut alors un arrêté spécial. Cependant un nommé N..., évadé de l'asile de Vauclaire et appréhendé par les gendarmes à plus de trois cents kilomètres de là deux mois après, fut néanmoins, par ordre préfectoral, mis en dépôt provisoire dans l'hôpital psychiatrique le plus proche « en attendant la régularisation de sa situation ». Je refusai de l'inscrire au registre de la Loi. Il s'agissait d'un ancien alcoolique cinq fois condamné, la dernière fois pour vol, à 13 mois de prison et cinq ans d'interdiction de séjour, placé par ailleurs quatre fois d'office dans les asiles de la Seine, d'où il avait été transféré en province. Une simple copie de son dossier me fut transmise au bout d'un délai assez long. Aucune régularisation de la situation n'étant ainsi réalisée, je crus devoir en aviser le Procureur de la République, Aucune solution n'intervint durant deux mois. J'écrivis alors au Préfet la lettre suivante : « J'ai l'honneur de vous aviser qu'après examen prolongé du sieur N., placé par vous en dépôt provisoire sur le vu d'une lettre de M. le Ministre de la Santé publique en date du 14 août 1934 signalant aux fins de recherches son évasion de l'asile de Vauclaire le 14 juin dernier, j'estime que ce malade n'est pas, ou n'est, en tout cas, plus à sa place dans un asile d'aliénés. Son passé judiciaire chargé ne saurait modifier mon point de vue,

ce sujet paraissant relever autant, sinon plus, de la prison que de l'asile. En conséquence, je ne saurais, sans régularisation de sa situation ou sans nouvel ordre de votre part, le maintenir plus longtemps dans l'établissement. » Il en fut référé au Ministre de la Santé publique qui répondit au Préfet « qu'il lui appartenait de décider la sortie de ce malade si son état mental le permettait ». Copie conforme sans instructions m'en fut transmise. En conséquence, j'avisai aussitôt par écrit le Préfet : « Le nommé N..., disant se rendre à P. (Vendée), est parti aujourd'hui de l'Asile ». Il est certain que si la loi avait édicté des règles en la matière, de si grossières irrégularités ne pourraient se produire.

Il est juste de constater que le projet Dubief, en son article 52, avait corrigé ces omissions en fixant le délai légal de la réintégration sans formalités à quinze jours. Toutefois, cette limitation parut insuffisante puisqu'en 1907 la Chambre des Députés crut devoir proposer la prolongation des pouvoirs de l'administrateur provisoire jusqu'à la sortie définitive, indiquant par là que l'évadé ne saurait jouir du bénéfice d'une sortie régulière. Si quelque projet de loi nouveau prescrivait l'obligation, même dans les placements d'office, du certificat médical préalable en ne modifiant point sa validité, il s'ensuivrait que le délai légal de réintégration ne saurait excéder quinze jours. Toutefois la reconnaissance officielle par le législateur du congé d'essai pourrait, par assimilation, corriger cette excessive restriction. L'on mesure ainsi les suites que comporteraient les fixations de durée de ces aménagements au regard du problème qui nous occupe. Certaines propositions de loi n'envisagent malheureusement pas la question des évasions mais la fixation à deux mois du congé d'essai aurait des répercussions correspondantes de toute évidence quant au délai légal des évasions. Il apparaît dès lors que le laps d'un mois, proposé par Auzouy, constitue la moyenne la plus raisonnable et il serait sage de n'octroyer que ce temps aux congés d'essai en leur conférant un caractère renouvelable les détachant secondairement de la latitude légale de réintégration d'office des évadés.

II. — SITUATION JURIDIQUE DE L'ÉVADÉ ET DE SES COMPLICES

Pas plus que la maladie n'est une faute, l'évasion ne saurait être un délit. Si le droit de l'autorité à réintégration n'est qu'une mesure de sécurité publique peu contestable, la divagation de fous expressément prévue par l'article 475 du Code Pénal entraîne

ipso facto, comme l'indique formellement le règlement de la gendarmerie, le devoir de remédier à cet état de chose. Mais dans le cas où une complicité coupable s'était révélée à l'occasion de l'évasion, l'on a pu penser qu'il ne s'agissait, pour le personnel, que d'une faute administrative, la complicité d'un acte non reprehensible étant juridiquement délicate à qualifier de délit. Pourtant la simple faute d'omission prévue par l'article 475 du Code Pénal dispose de la possibilité de poursuites devant le Tribunal de simple police. Et si, en fait, de telles poursuites n'auraient jamais été intentées à la connaissance de Raynier et Beaudoin (*loco citato*, page 421), à l'occasion d'une négligence grave et délibérée de sa part, après sanction administrative (renvoi), un infirmier de mon service fut traduit devant la Justice de paix et condamné à la peine d'amende prévue. Aussi bien c'est par un détour, que la complicité active, infiniment plus grave que la simple négligence, a pu parfois se voir sanctionnée : tel est le cas de l'infirmier du docteur Colin qui, ayant organisé l'évasion de deux malades en leur procurant des vêtements de l'Asile, fut condamné le 6 octobre 1915 à quatre mois de prison et dix francs d'amende par la 10^e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine. Mais la peine dépendait de l'abus de confiance. Ce sont toujours les délits surajoutés qui font ces poursuites pénales. Une autre fois, c'est la seule inculpation de bris de clôture qui est retenue par le Tribunal correctionnel de Blois le 15 juillet 1936 (cas Schützenberger, Gazaniol et Olry (1)). Il s'agissait d'un ouvrier travaillant dans l'Etablissement et non d'un gardien en service. Ce n'est, on le voit, que par de véritables subterfuges que l'on arrive à réprimer la complicité d'évasion.

Il y a donc lieu de distinguer le *défaut de surveillance* déjà prévu par le Code (art. 475 et 478) et la *complicité d'évasion* qui, bien au contraire, n'a jamais été considérée en soi comme susceptible de répression. Ainsi dans un autre cas dont je fus témoin et qui a été rapporté après expertise par André Ceillier (2), la tentative d'homicide et les menaces de mort sous condition furent seulement incriminées. C'est le cas de penser, comme le propose justement M. Schützenberger qu'il serait peut-être possible de s'inspirer en une certaine mesure de l'article 354 du Code Pénal :

(1) P. SCHÜTZENBERGER, Mme GAZANIOLE et JEAN OLRY. — Une évasion avec la complicité d'un tiers. *Aliéniste français*, décembre 1936, page 481.

(2) André CEILLIER. — Tentative d'homicide par pitié d'un père sur sa fille aliénée et internée, au cours d'une tentative d'enlèvement, avec menaces de mort sous condition et complicités multiples. *Société de psychiatrie*, 30 mai 1926. *Encéphale*, juillet 1926, page 549.

« Quiconque aura, par fraude ou violence, enlevé ou fait enlever des mineurs, ou les aura entraînés, détournés ou déplacés, ou les aura fait entraîner, détourner ou déplacer des lieux où ils étaient mis par ceux à l'autorité ou à la direction desquels ils étaient soumis ou confiés, subira la peine de la réclusion ».

Que faut-il penser maintenant de cette complicité moins effective, mais non moins certaine, qui consiste dans le *recel de l'évadé*, voire dans le silence observé par des témoins parfaitement au courant de l'irrégularité d'une telle situation ? Il est fréquent de voir — et même de la part de certains élus régionaux — de ces complicités frondeuses qui guident et conseillent l'évadé à l'encontre de la mesure d'autorité sous le coup de laquelle il est toujours. C'est un aspect mineur du problème qui n'a guère retenu l'attention encore que cette entrave ne facilite pas l'exercice des missions de sécurité. Tout évadé pour lequel aucune décision de régularisation n'a été prise doit être considéré *à priori* comme « dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes ». Lorsque le fait est notoire et que l'ignorance ne peut être plaidée, il y a là, une complicité qui, elle aussi, demanderait à être spécifiée. La loi du 30 novembre 1892, sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, l'article 30 du Code d'Instruction criminelle (prescription de communiquer aux autorités les attentats dont on a connaissance) éclairent l'esprit du législateur. Ne faut-il pas aménager le problème à la situation spéciale de l'évadé ? Celui-ci n'est-il pas, en quelque sorte, un insoumis, même présumé irresponsable, et ne faut-il pas s'inspirer dès lors de la loi du 1^{er} avril 1923, sur le recrutement de l'armée qui stipule en son article 81 :

« Quiconque est reconnu coupable d'avoir *sciemment* recélé ou pris à son service un homme recherché pour insoumission ou d'avoir favorisé son évasion est puni d'un emprisonnement qui ne peut excéder six mois ou d'une amende qui ne peut excéder 500 fr.

La même peine est prononcée contre ceux qui par des manœuvres coupables ont empêché ou retardé le départ des jeunes soldats.

Si le délit a été commis à l'aide d'un attroupement, la peine est double.

Si le délinquant est fonctionnaire public, employé ou agent de l'Etat, des départements ou des communes, la peine peut être portée jusqu'à deux années d'emprisonnement et il est, en outre, condamné à une amende qui ne peut excéder deux mille francs.

Sont exceptées des dispositions pénales prévues par le présent

article les personnes désignées dans le dernier paragraphe de l'article 248 du Code Pénal. (Cette exemption concerne les ascendants ou descendants, époux ou épouse, frères, sœurs ou alliés au même degré). »

Telles sont les dispositions législatives qui pourraient limiter avec une part d'efficacité certaine les trop nombreux incidents qui sont la suite fréquente des évasions et dont on se convaincrait, si besoin en était, en lisant les revues de presse qui furent publiées de 1932 à 1935 par *l'Aliéniste français*. Mais on ne saurait légiférer sans se baser ou sur des actes ayant un caractère délictuel ou en matière de responsabilité civile sur la notion de faute lourde.

La *responsabilité de l'Etablissement ou du département* ne saurait être engagée sans cette dernière notion. Un arrêt de la Cour de Toulouse (17 novembre 1912) déclare que l'autorité judiciaire est incompétente pour connaître d'une action en dommages-intérêts formée contre un département à raison du préjudice causé à des tiers par un aliéné évadé de l'Etablissement départemental. Plus récemment le Conseil d'Etat, statuant au Contentieux, a déclaré non engagée la responsabilité du département de la Seine à la suite de la mort accidentelle d'un aliéné évadé de Ville-Evrard (1). De même la demande en dommages-intérêts formulée contre le Directeur de l'Asile par le père d'un évadé non retrouvé et présumé suicidé fut rejetée (Dupouy). Dans le cas déjà cité plus haut où la faute de l'infirmier fut sanctionnée en vertu de l'article 475 du Code Pénal, je fus, en tant que Directeur de l'Etablissement, l'objet d'une plainte sans constitution de partie civile qui ne fut pas jugée par le Parquet devoir comporter l'ouverture d'une information. Aussi bien le Tribunal Civil de Toulouse qui prononça des jugements, en apparence contradictoires en moins de deux ans (se rapporter au travail de Dupouy, page 325), déclarait le 15 décembre 1911 : « Les dispositions de l'article 1.384 du Code Civil, qui rendent une personne responsable du fait d'un tiers étant fondées sur une présomption légale de faute, doivent être interprétées restrictivement. La préposé à la direction d'un asile d'aliénés ne saurait, *en cette qualité seule*, être déclaré responsable des agissements dommageables causés par un de ses pensionnaires, car il ne figure pas dans l'énumération contenue audit article ». En

(1) Mort accidentelle d'un aliéné évadé, responsabilité du département non engagée. Conseil d'Etat, 27 octobre 1933, *Aliéniste français*, avril 1934, page 285.

d'autres termes, la simple faute relève de l'autorité administrative, la faute lourde et personnelle devant comporter seule l'intervention des Tribunaux. En effet, ainsi que concluait Auzouy « en ce qui touche la responsabilité encourue par l'administration des asiles, au sujet des évasions, elle disparaît entièrement lorsque les précautions habituelles ont été prises et qu'il n'y a pas de faute lourde commise. Une maison de santé où il n'y a point de *détenus*, mais seulement des *retenus* temporaires, où l'on s'efforce d'accorder aux malades une liberté surveillée, ne peut offrir relativement à la possibilité des évasions, les sécurités que présentent les maisons de détention. Avec une surveillance active et une application rigoureuse du règlement, on parviendra à les rendre rares, mais non à les empêcher complètement ».

*
**

La position et les responsabilités éventuelles de tous les tiers qui peuvent être en cause étant ainsi délimitées, il importe de dire quels sont les *droits et les capacités de l'évadé lui-même*.

En premier lieu, c'est la question de la *responsabilité pénale* qui se pose. L'évasion elle-même n'est pas en soi un délit, mais le retour à la liberté, fût-elle obtenue irrégulièrement, crée une situation de fait qui, de toute évidence, soumet son bénéficiaire aux règles du droit commun. La chose n'est pas discutée. Tout au plus, la connaissance de la situation exacte provoquera-t-elle plus certainement, en cas de délit ou de crime, une expertise médico-légale. Qu'advient-il pourtant lorsqu'un aliéné, dans les jours qui suivent immédiatement son évasion, est appréhendé pour une infraction au Code Pénal, quelle qu'en puisse être la gravité ? L'absence des délais légaux de réintégration peut créer des situations d'appréciation incertaine. Non défalqué de l'Etablissement psychiatrique, le sujet, présumé par ailleurs en état de démence aux termes de l'article 64 du Code Pénal, doit-il être colloqué en prison avec des détenus ou réintégré à l'asile ? *Un mandat de dépôt peut-il être même valablement décerné contre lui ?* Le malade qui me valut des menaces de poursuites était dans ce cas (1). Il s'était livré, le lendemain de son évasion, à un attentat à la pudeur et fut mis en prison, malgré mes démarches immédiates. Devant cet échec, alors que j'estimais qu'une

(1) L'on trouvera cette observation détaillée et l'expertise à laquelle elle a donné lieu dans le travail de Henry Ey : Quelques aspects de la pensée paranoïde et catatonique, *Evol. Psych.*, 1936, fasc. IV, p. 27.

expertise pourrait se prononcer sur le point visé par l'instruction et constituerait *ipso facto*, en l'occurrence et subsidiairement, une application de l'article 29 de la loi de 1838, je concluais ainsi un certificat adressé sur sa demande au Procureur de la République : « Ce malade, qui n'a point cessé d'être légalement interné, doit être réintégré à l'asile, fût-ce en dépôt provisoire, réserve faite de toutes décisions que le Parquet croira devoir prendre quant à la suite à donner à l'information actuellement ouverte. J'ai adressé ce même jour un certificat de situation à M. le Préfet aux fins de la transformation du placement volontaire en placement d'office. » Le malade fut réintégré, après intervention de la Préfecture, dès le lendemain. Mais quelle position eût été légitime, de par l'imprécision des prescriptions légales, si les choses se fussent passées quinze jours ou trois semaines après ?

Dans l'état présent, la *responsabilité civile* découle de l'appréciation de la responsabilité pénale. Annulables mais non nulles de droit, les actions de l'évadé non interdit ne sont pas celles d'un incapable. L'appréciation des Tribunaux reste souveraine au regard d'une présomption qui n'est pas une présomption légale, en ce qu'elle dépend d'une conclusion touchant la capacité pénale pour chacun des faits incriminables. La tendance qui se remarque à étendre la responsabilité civile s'est reflétée dans les divers projets de réforme de la loi de 1838. Les projets Dubief et Strauss, plus ou moins explicitement, admettent la présomption de responsabilité civile pour les actes accomplis en dehors de l'Etablissement d'internement, si le Tribunal apprécie qu'ils ont été faits pendant un moment lucide. En cas contraire, la délimitation plus rigoureuse des responsabilités pénales des tiers, complices, etc..., entraînerait la possibilité d'un transfert de la responsabilité civile, qui pourrait être étendue aux proches, sans que puisse jouer cette fois l'exception prévue par le dernier paragraphe de l'article 248 du Code Pénal.

Il est clair enfin que la *situation civile* de l'évadé dépend entièrement des mesures administratives qui continuent de l'entraver. Il est légitime que l'administration provisoire, comme elle le fait partout, continue la gestion des biens jusqu'au jour de la régularisation de sa situation anormale. C'est là incontestablement un moyen qui, inattaquable juridiquement, permet de continuer d'exercer sur un aliéné présumé dangereux une limitation de ses droits qui ne peut que l'inciter à la régularisation, d'une façon ou d'une autre, de sa position irrégulière. Toutes ses réclamations de restitution sont irrecevables et cependant cette

tutelle « provisoire » ne saurait être indéfinie. Là encore, la loi, en précisant des délais légaux, lèverait des doutes qui deviennent légitimes lorsque se prolonge une situation dont les termes n'ont pas été fixés.

*
**

Ces réflexions n'ont eu d'autre fin que d'embrasser, en un domaine limité, l'ensemble des lacunes d'une législation qui, par ailleurs, a fait ses preuves. Les divers propositions et projets qui ont été élaborés pour y remédier ont constamment amalgamé à la somme de leurs dispositifs et en quelque sorte par incidence, les prescriptions spéciales touchant à l'évasion et aux évadés. Sans doute, — et nous nous sommes attachés à le démontrer, — des nécessités de cohérence impliquent que certains autres dispositifs soient en concordance étroite avec les mesures délibérées sur ce problème particulier. Il comporte, au demeurant, une importance sociale suffisante pour requérir une certaine autonomie et justifier un isolement relatif dans la totalité des réformes à élaborer. Il n'était point dans le cadre de ce travail de les codifier en la forme « articulée » des textes législatifs, mais bien plutôt de montrer les enchaînements logiques et l'orientation du problème.

HISTOIRE DES PROJETS DE REVISION DE LA LOI DU 30 JUIN 1838

PAR

MAURICE DESRUELLES

Le retard à faire aboutir cette réforme est la meilleure réponse à faire à ceux qui croient à la séquestration arbitraire dans les asiles. (GIRAUD, *Ann. Méd.-Psych.*, 1894).

Avant de résumer l'histoire des projets de révision de la loi de 1838, dont le but principal a toujours été de renforcer les garanties de la liberté individuelle en faisant ordonner les placements par les tribunaux, il m'a paru utile d'esquisser brièvement la genèse de la loi de 1838 et de montrer que, contrairement à l'opinion communément répandue qui en fait une loi de police, elle a été non seulement une loi d'assistance, comme l'ont montré Demay et Renaux (1), mais une loi médicale, inspirée par les médecins, et reposant sur la science et la conscience médicales.

La genèse de la loi de 1838. — Elle est une loi médicale

Au XVIII^e siècle, un mouvement philanthropique avait attiré l'attention sur les fous et la guérison de la folie. De nombreux médecins (comme Lieutaud et Cullen) avaient, dans leurs traités, consacré des chapitres au traitement de la folie ; d'autres (comme Pomme, Tissot et Le Camus) avaient écrit des livres sur les troubles de l'esprit. Récemment, Mme Bonnafous-Sérieux, résumant les travaux de Paul Sérieux et de ses élèves, a donné une

(1) DEMAY et RENAUX. — *Congrès d'Anvers*, Paris, Masson, 1928, p. 401 et *Ann. Méd.-Psych.*, 1928, II, p. 283.

très bonne esquisse du « climat psychiatrique au XVIII^e siècle » (1).

Joseph II d'Autriche (2), après avoir visité les hôpitaux de Paris, avait reproché à Louis XVI, son beau-frère, l'état lamentable des aliénés qui étaient enfermés dans les hôpitaux. Louis XVI s'émut, d'où l'instruction sur la manière de gouverner les insensés de Colombier et Doublet (3).

John Howard (4) avait publié la traduction de son livre, où il protestait avec indignation contre la coutume de jeter les fous en prison, comme des criminels.

En 1888, Tenon (5), dans son mémoire sur les hôpitaux de Paris, donne des instructions pour hospitaliser les aliénés.

En 1789, La Rochefoucault-Liancourt avait présenté au Comité de Mendicité un rapport où il déplore que les fous de Bicêtre, de la Salpêtrière, ne reçoivent aucun soin, et il est l'un des auteurs de la loi des 16-26 mars 1790, où l'article 9 recommande de « faire visiter les personnes détenues par des médecins..., afin que, d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou *soignés dans les hôpitaux* qui seront indiqués à cet effet ».

Daquin publie son traité (6) en 1791, et nous connaissons l'œuvre admirable de Pinel. Des élèves de Pinel et d'autres médecins s'intéressèrent, au début du XIX^e siècle, à la folie et à son traitement. Nous citerons ceux que nous connaissons : Esquirol, Cabanis, Louyer-Villermay (1802), Prost (1807), Amard (1807), Moreau de la Sarthe (1812), Jacquelin-Dubuisson (1812), Fodéré (1817), Roubaud-Luce (1817), Scipion Pinel (1819), Bonfils (1819), Georget (1820), Martini (1824), F. Voisin (1826), la traduction de Hoffbauer, par Chambeyron (1827), Broussais (1828), Bayle (1828), Pierquin (1831), Belhomme (1834), Ferrus (1836) (7).

J'en oublie ; nous voyons donc combien les médecins s'intéressant à la guérison de la folie étaient nombreux à cette époque.

(1) BONNAFOUX-SÉRIEUX. — *La charité de Senlis*, Paris, Presses Universitaires, 1936.

(2) MASSON. — *La liberté individuelle et les aliénés. Thèse droit*, Paris, Chevalier-Maresq, 1902.

(3) COLOMBIER ET DOUBLET. — *Instruction sur la manière de gouverner les insensés*, Paris, Imprimerie Royale, 1785 ; et in *Journal de Médecine*, 1785, t. 64, p. 529 ; et in *Aliéniste français*, février 1937, p. 104.

(4) JOHN HOWARD. — *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force*, traduction française, Paris, 1788, 2 vol.

(5) TENON. — *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Méquignon, 1816.

(6) DAQUIN. — *La philosophie de la folie*, Chambéry, Gorin, 1791.

(7) Les dates sont celles de la publication des ouvrages sur la folie.

Les gouvernements s'intéressent aussi aux insensés (circulaire de Portalis du 30 fructidor an XII, celles du 18 août 1813, du 9 novembre 1815, du 17 juillet 1817, du 27 juillet 1818, du 16 juillet 1819, etc...

Esquirol (1) écrit en 1818 son célèbre mémoire : « ...Je les ai vu nus, couverts de haillons, etc... » Enfin, le Ministre de l'intérieur prescrit une enquête en 1833, confiée à Ferrus, ce qui lui permettra d'écrire son livre « des aliénés » et qui sera la documentation de base à l'élaboration d'une loi sur les aliénés, dont il montre la nécessité (2).

Dans la circulaire de 1833, le Ministre écrit : « La négligence dans laquelle languit la question des aliénés non secourus, mal secourus, ou en état de vagabondage est un motif de désordre dans la répression est aussi pénible que difficile. »

Le gouvernement, avant de rédiger un texte de loi, charge d'une enquête des médecins, Esquirol et Ferrus, qui est nommé Inspecteur des maisons d'aliénés en 1833.

Bien qu'Elias Regnault (3) ait douté, en 1830, de la compétence des médecins dans les questions relatives aux aliénations mentales, des médecins sont intervenus dans la discussion de la loi de 1838 : Ferrus, Falret, Voisin.

Des médecins donnent leur avis pendant cette discussion : Esquirol (4), Falret (5), Adéodat Faivre (6), Esquire (7), etc...

De Gasparin, Ministre de l'Intérieur, en déposant le projet de loi du gouvernement, demande : « un traitement dont le succès repose sur un régime d'égards et de douceur » et repoussant la procédure d'interdiction « ...pendant le cours du traitement et aussi longtemps qu'on peut espérer la guérison du malade, l'interdiction est inutile ».

Vivien, dans son premier rapport (avril 1837), écrit : « Les aliénés sont considérés, non plus comme des êtres à jamais perdus pour le monde, devenus étrangers à l'humanité, mais

(1) ESQUIROL. — Mémoire présenté au Ministère de l'Intérieur ; in *Maladies mentales*. Paris, J.-B. Baillière, 1838, t. II, p. 399.

(2) FERRUS. — *Des aliénés*. Paris, Hazard, 1834.

(3) ELIAS REGNAULT. — *De l'incompétence des médecins dans les questions judiciaires relatives aux aliénations mentales*. Paris, J.-B. Baillière, 1830.

(4) ESQUIROL. — *Examen du projet de loi sur les aliénés*. Paris, Baillière, 1838.

(5) J.-P. FALRET. — *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés*. Paris, Everat, 1887. Cette brochure fut distribuée à la Chambre pendant la discussion.

(6) ADÉODAT FAIVRE. — *Examen critique du projet de loi sur la séquestration des aliénés*. Lyon, Maire, 1838.

(7) ESQUIRE. — *Le traitement des aliénés*. Paris, Vve Agasse, 1837.

comme *des malades d'autant plus dignes de soins* que leur état inspire plus de pitié... le but, c'est la *guérison* et tout doit être mis en œuvre pour l'atteindre. »

Vivien, dans son rapport du 24 mars 1838, dit que l'état de *maladie* est la cause déterminante de l'admission et (27 mars 1838) il affirme que le principe d'ordonner à tout département l'obligation de recevoir et de *soigner* les aliénés a imprimé à la loi le caractère d'une loi de *bienfaisance* et de charité publique.

Nous n'avons pas voulu, dit encore Vivien, dans la discussion, faire une loi judiciaire... nous avons d'abord considéré l'intérêt *du malade*, parce que c'est dans son intérêt que cette loi est faite.

Dans son deuxième rapport à la Chambre des Pairs, de Barthélemy dit que « l'isolement des aliénés est à la fois une mesure de sûreté et un moyen de *guérison* ». Ce propos est à rapprocher de cette phrase d'Esquirol, « une maison d'aliénés est un instrument de guérison ».

Dans la discussion à la Chambre des Pairs, le baron Thénard, citant « le célèbre Pinel », s'écrie : « Grâce soit rendue aux habiles médecins... »

Dufaure fait cette remarque : « La loi nouvelle va plus loin (que l'internement) ; elle songe à leur *guérison*, à leur *rétablissement*. »

Portalis observe : « Nous ne faisons pas une loi pour la *guérison*, mais une loi d'administration, de police et de sûreté » ; il ajoute cependant : « l'établissement formé, les médecins introduits, abandonnez les individus à leur direction. »

Tripier nous apprend que la commission a entendu, pendant six semaines, les hommes les plus connus et les plus instruits dans cette nature de maladie.

Des auteurs modernes ont bien reconnu ce caractère médical de la loi de 1838.

Pour V. Parent (1), Ferrus avait pris la tête du mouvement de réforme et c'est de ses efforts qu'est née l'admirable loi de 1838.

Gabriel Simon (2) a écrit : « La loi de 1838 a été faite sous l'inspiration de médecins, pour qui tout aliéné, quelque grave ou quelque légère que fût la maladie, n'était jamais qu'un malade qu'il fallait, dans tous les cas, guérir. »

(1) V. PARENT. — *Les progrès de la réforme du traitement des aliénés en France*. Toulousc, Margues, S.D.

(2) GABRIEL SIMON. — *De la condition des aliénés*. Thèse droit, Paris, Durand, 1870.

Roussel (1) a fait observer qu'en 1838 la tendance générale des esprits était beaucoup plus préoccupée des devoirs *d'assistance* et des besoins de la sécurité publique que des périls possibles de la liberté individuelle, et il ajoute : « Les législateurs de 1838 ont voulu délivrer la société de maux produits par l'abandon des fous sur la voie publique et créer, pour ces malheureux, à la place du régime, des cachots et des cabanons, un régime de *soins* et de *traitement médical* dans des établissements spéciaux. » Roussel a observé que les circulaires du 5 août 1839 et du 14 août 1840 ne manquent pas de faire remarquer que la loi de 1838 est moins une loi de police qu'une loi de bienfaisance, à but humanitaire.

D'ailleurs, le texte même de la loi prescrit (dans son article premier), à chaque département, d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et à *soigner* les aliénés.

Il n'est pas douteux, après la lecture de ces citations, que la loi de 1838 est une loi médicale. C'est l'avis de Masson (2) : « La vérité, c'est que la loi de 1838, comme toute loi moderne, sur les aliénés, est une loi essentiellement basée sur la science médicale. »

Aussi, nous ne nous étonnerons pas que, lorsque, vingt ans plus tard, l'opinion publique attaquera la loi, elle attaquera également les médecins.

Cette loi de 1838, qui montre une telle confiance dans la science médicale et dans notre conscience professionnelle, a été consciencieusement discutée.

Résumé de la discussion de la loi de 1838

Nous l'empruntons à Coutagne (3) :

Le projet du Gouvernement, renvoyé à une commission, fut notablement amendé et présenté sous cette nouvelle forme par un rapport de Vivien. La discussion, qui remplit cinq séances, porta surtout sur deux points : La nature des établissements réservés aux aliénés et les conflits de compétence entre les pouvoirs administratif et judiciaire. Sur le premier point, Dufaure

(1) TH. ROUSSEL. — *Rapport sur la révision de la loi de 1838*, Sénat, 1884. n° 157.

(2) MASSON. — *La liberté individuelle et les aliénés*. Thèse droit, Paris, Chevalier-Maresq, 1902.

(3) J.-P.-H. COUTAGNE. — *La folie au point de vue judiciaire et administratif*. Lyon, Storek, 1888.

eut l'honneur de proposer et de faire adopter l'art. premier de la loi qui oblige les départements à avoir des établissements spéciaux pour leurs aliénés ; il démontra, avec une grande logique, la nécessité impérieuse de ces créations, véritable clé de voûte de la nouvelle législation, et fut appuyé sur ce point par le maire de Lyon, le D^r Prunelle. La conservation exclusive à l'autorité judiciaire du droit de placement des aliénés fut vivement défendue par Isambert et Odilon Barrot, et provoqua, de la part du rapporteur et de M. de Rémusat, des observations qui n'ont rien perdu de leur actualité et qui enlevèrent un premier vote de la loi.

Présentée à la Chambre des Pairs par le nouveau Ministre de l'Intérieur, M. de Montalivet, la loi votée par les Députés y fut l'objet de deux rapports du Marquis de Barthélémy et de discussions prolongées dans lesquelles des hommes de la valeur de Thénard, de Montalembert, d'Alton-Shée, de Broglie, prirent la parole. Cette Assemblée s'attacha (mais on peut le dire avec un résultat incomplet, puisque c'est là une des lacunes les plus graves de la loi), à sauvegarder les biens de l'aliéné ; elle discuta aussi la question des inspections, puis s'occupa longuement de la faculté de laisser les familles soigner leurs fous dans une maison spéciale, faculté qu'elle n'accorda pas, heureusement, car c'était annihiler du coup tout l'esprit de la loi. Quelques vues sur les attributions et les garanties des asiles privés reflétèrent la suspicion dans lesquelles ces établissements ont constamment été tenus en Angleterre. Il est intéressant de trouver signalée, dans un des rapports de M. de Barthélémy, la nécessité de créer des refuges pour les aliénés incurables.

La loi fut encore l'objet d'une deuxième présentation à la Chambre des Députés, d'une nouvelle délibération à la Chambre des Pairs et d'une dernière présentation à la Chambre des Députés qui la vota définitivement le 14 juin 1838. Chaque fois, des modifications de détail et des réglemmentations budgétaires minutieusement pesées y furent introduites. L'histoire reconnaîtra, avec de Barthélémy, que « peu de lois avaient été l'objet de méditations plus approfondies ».

De cette discussion nous pouvons retenir :

1° *La méfiance du Ministre à l'égard des établissements privés :*
« C'est là que par une collusion coupable on parvient à ensevelir les victimes qu'on veut priver de liberté..... C'est là que les aliénés peuvent être retenus après leur guérison, que pendant le traitement ils sont exposés à des privations, des gênes, une captivité

que leur impose la routine ou la cupidité..., etc. C'est là que manquent à la fois toutes les garanties..... »

2° *Une crainte des séquestrations arbitraires* : Avant 1789 on craignait les « lettres de cachet » et la Bastille, prison d'Etat qui était aussi, comme l'ont montré Paul Sérieux et Libert, un asile d'aliénés.

Mais déjà, à cette époque, lors de la discussion du projet de loi, Dupin l'aîné accusait Esquirol « de vouloir substituer Charenton à la Bastille », et A. Tripier (1) a écrit que la loi de 1838 avait été rendue sous la pression de l'émotion qu'avaient produites des séquestrations arbitraires opérées par l'initiative privée, ce qu'avait constaté Adéodat Faivre, en 1837.

Portalis dit « que l'expérience a prouvé qu'il a été cruellement abusé du prétexte de la folie pour détenir un individu dans des maisons de santé ». Pour de Gasparin « il n'est que trop certain qu'on a abusé du droit de séquestration en présumant la folie et des actes nombreux de cette nature pouvaient vous être signalés ».

Et cependant ! les enquêtes disaient qu'il n'y en avait pas, et de Gasparin, Ministre de l'Intérieur, avait affirmé « aucun exemple de ce genre d'abus n'a été découvert ces dernières années » avec cette réserve « c'est dans les établissements privés que manquent les garanties ». Adéodat Faivre (2), directeur d'une maison de santé de la région de Lyon, proteste : « Nous vivons dans un siècle où les hommes sont plus passionnément que jamais épris de la liberté individuelle..... A force de déclamations contre la Bastille, les lettres de cachet, les détentions arbitraires et les autres abus attribués à l'ancien régime, les hommes, les plus prévenus contre ces vieilles récriminations, ont fini par y croire et s'imaginer qu'on ne saurait s'entourer de trop de précautions pour prévenir le retour de pareilles injustices..... » et parlant de la séquestration d'un citoyen, A. Faivre montre la difficulté de réaliser un pareil projet.

3° *La question la plus grave, la plus discutée : Qui doit ordonner les internements ? Autorité administrative ou Pouvoir judiciaire ?* Isambert et Odilon Barrot donnent de très bons arguments pour CONFIER aux Tribunaux le pouvoir d'interner.

Cette question reste discutée. Les placements se font sans intervention de l'autorité judiciaire. Tel est le principe posé par

(1) D^r A. TRUPIER. — Les aliénés et la législation. Paris, *Revue contemporaine*, 1870.

(2) A. FAIVRE. — *Loc. cit.*

la loi. Il n'a pas été admis sans difficultés et les garanties judiciaires n'apparaissent qu'après le placement.

Or, c'est un principe de notre droit, que les questions d'Etat, de capacité, de liberté individuelle ne peuvent être tranchées que par l'autorité judiciaire.

La loi de 1838, à ce point de vue, est donc une loi d'exception.

Ce sont ces trois points que l'on discutera de nouveau lors des projets de révision de cette loi si consciencieusement élaborée, et qui feront l'objet de travaux juridiques que nous analyserons chronologiquement.

Les attaques contre la loi

Un magistrat du Parquet de la Seine, Proust, écrivait en 1879 : « La loi de 1838 fut accueillie avec une faveur marquée au moment de sa promulgation ; pendant vingt ans, elle a été louée sans réserve, et plusieurs puissances étrangères nous l'ont empruntée. Vers 1860, un revirement se produisit dans le public, des critiques ardentes furent dirigées contre cette loi qui avait été ralifiée par l'opinion publique (1). »

De même, Th. Roussel, dans son rapport au Sénat en 1884, écrit : « Cette loi a été admirée à juste titre et prise pour modèle à l'étranger. Elle est devenue l'objet d'attaques passionnées qui ont troublé l'opinion publique, l'ont égarée par moments et ont contraint les pouvoirs publics à s'en préoccuper. »

Que s'est-il passé ? Aucune critique pendant plus de vingt ans, et brusquement une attaque violente de la Presse contre la loi et contre les médecins.

Ce sont les séquestrations pseudo-arbitraires qui ont ému l'opinion publique et qui ont été exploitées par une Presse qui, sous l'Empire, ne pouvait aborder certains sujets. Ce sont les affaires Sandon, Sellière, Monasterio.

« C'étaient, écrit Morel, quatre ou cinq monomanes qui étaient parvenus à susciter en France cette surexcitation de l'opinion à laquelle le Gouvernement céda lui-même en faisant une enquête. »

Sandon, qui avait fait un procès au Ministre de l'Intérieur,

(1) PROUST. — Rapport sur la législation des aliénés, 1879 ; cité par R. Hubert ; — Protection légale des aliénés en France. *Thèse droit*, Paris, Rousseau, 1902.

attaque les médecins Tardieu, Blanche, Parchappe, Foville, Bailarger et Mitivié (1).

C'est le type de la séquestration pseudo-arbitraire administrative qui fut amplifié, généralisé. Les journaux hostiles à l'Empire s'en emparent pour attaquer le Gouvernement, puis les journaux les plus modérés firent à leur tour le procès de la loi (2). E. Lafont, dans son premier rapport à la Chambre, émet cet avis que l'opinion publique se trouva alors d'autant plus surexcitée que le Gouvernement Impérial laissa à la Presse toute liberté pour se répandre en attaques violentes contre la loi de 1838, espérant ainsi détourner les esprits des questions politiques qui commençaient à agiter le pays. Picot, un magistrat, est frappé de ce fait que ces critiques n'ont pas suivi la loi et n'ont commencé que tardivement, ce qu'il exprime « ce phénomène pourrait s'expliquer par des considérations qui ne sont pas d'ordre purement législatif ». Ces polémiques, où l'on voit revenir continuellement les trois noms Sellière, Sandon, Monasterio (jusqu'à nos jours) sont extrêmement violentes, et dirigées non seulement contre la loi, mais surtout contre les médecins, tous les médecins qui sont accusés d'ignorance et de cupidité.

Une infirmière et l'aumônier de l'asile de Châlons-sur-Marne, pour se venger du médecin-directeur de cet asile, adressent une pétition au Sénat (3), et font paraître cette pétition dans le *Journal des villes et des campagnes*. Ces énormités (4) servent de base aux journaux qui croient que la cause du mal est l'omnipotence des médecins.

Delahaye, dans le *Journal des villes et des campagnes*, écrit « que l'arbitraire illimité, l'arbitraire sans rivages préside aux placements dans les établissements d'aliénés..., ce qui s'appelle le régime du bon plaisir clandestin ou le despotisme organisé ». Ceci donne le ton de cette campagne violente, à laquelle participent tous les journaux, à quelque opinion qu'ils appartiennent. Les pétitions au Sénat deviennent de plus en plus nombreuses. Un médecin, Turck, prétend que 3.000 fous succombent chaque année dans les asiles au froid, à la faim, à une nourriture insuf-

(1) Dans le même numéro de ce journal, nous donnons dans une communication à la Société Médico-Psychologique un bref résumé de l'affaire Sandon.

(2) HUBERT. — Protection légale des aliénés en France. *Thèse droit*, Paris, Rousseau, 1902, p. 29.

(3) Casimir PINEL. — Quelques mots sur les asiles d'aliénés et la loi de 1838. *Journ. de Méd. Ment.*, avril 1864.

(4) Casimir PINEL. — La loi de 1838 et ses détracteurs. *Journ. de Méd. Ment.*, juillet 1864, janvier et février 1865, et Paris, Martinet, 1865.

fisante, à des travaux excessifs, au désespoir (1). Pamphlet violent contre les aliénistes, auquel répond Parchappe (2) (qui fait remarquer que Turck cite pour Charenton des faits antérieurs à 1838) et Thulié (3) : « Les feuilles religieuses sceptiques, libérales ont attaqué avec une entente rare l'organisation des maisons d'aliénés. » Motet écrit qu'il n'est pas bon de laisser se former l'opinion publique avec des documents incomplets et inexacts (4).

Le Sénat nomme une Commission chargée d'instruire ces pétitions et son rapporteur Suin écrit que la loi de 1838 est pure dans l'intention qui l'a inspirée, bonne dans son principe, sage dans ses dispositions, et considère ces attaques comme mal fondées. Il donne de sages conseils pour améliorer la loi.

Tanon (5), après le rapport Suin, propose (c'est la première fois), que l'autorité administrative ne prenne que des mesures provisoires d'internement et que le placement définitif ne puisse avoir lieu qu'en vertu d'une ordonnance du Président du Tribunal.

La campagne de presse continue et redouble de violence lorsque Garsonnet publie un réquisitoire contre les médecins (6) : « Donnez à un aliéniste quatre lignes de l'écriture d'un individu, il se chargera en tout bien tout honneur de le faire enfermer légalement. » Le pamphlet de Garsonnet a plus de quatre lignes, il révèle de l'exaltation, de la grandiloquence, de l'hypomanie. Garsonnet déclare lui-même qu'il a été interné deux fois.

D'autre part, on critique vivement dans la presse le placement d'un présumé aliéné dans un asile. « Les adversaires de la loi, écrit J. Falret (7), sont préoccupés de la crainte chimérique qui consiste à croire qu'il suffit d'un séjour de quelques jours, ou même de quelques heures, dans une maison d'aliénés, pour rendre fou un homme sain d'esprit. »

Ces détails ont leur importance, ils serviront de base aux projets futurs de révision de la loi, ils seront invoqués dans

(1) TURCK. — *Mémoire sur la nature de la folie*. Paris, J.-B. Baillière, 1845. L'école aliéniste française. L'isolement des fous.

(2) PARCHAPPE. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1866, I, p. 110.

(3) THULIÉ. — *La folie et la loi*. Paris, Germer Baillière, 1867.

(4) MOTET. — *Les aliénés devant la loi*. Paris, J.-B. Baillière, 1866.

(5) TANON. — *Etude critique de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*. *Revue pratique de droit français*, 1868.

(6) GARSONNET. — *La loi sur les aliénés. Nécessité d'une réforme*. Paris, *Revue contemporaine*, 1869.

(7) J. FALRET. — *Des législations étrangères sur les aliénés et des réformes proposées à la loi de 1838*. *Arch. Gén. de Méd.*, octobre 1869 et in *Les aliénés et les asiles d'aliénés*. Paris, J.-B. Baillière, 1890, p. 123.

l'exposé des motifs des projets. La presse et l'opinion publique dirigeront à l'avenir les auteurs des projets de révision de la loi.

« Dans cette sorte de croisade contre la loi de 1838, écrit Th. Roussel, tous ses adversaires ont raisonné comme si les aliénés étaient uniquement des citoyens dont les droits à la liberté sont mis en péril, et non des malades qu'il s'agit de recueillir, de soigner, de guérir. »

Cette agitation, qui dure depuis sept ans, oblige le Gouvernement à agir : 1° Enquête administrative (1) auprès des préfets et des médecins sur les questions relatives à la surveillance des aliénés, au contrôle des placements et à la protection de la liberté individuelle. 2° Création d'une Commission extraparlémentaire (12 février 1869), composée de magistrats et de médecins (Tardieu, Calmeil), qui reconnaît l'insuffisance du contrôle prescrit par la loi de 1838, préfère la réunion des fonctions de directeur et de médecin, et demande la création d'une Commission permanente de contrôle composée de magistrats et de médecins. Cette idée d'une Commission médico-judiciaire avait déjà été proposée dans le premier projet du Gouvernement présenté par de Gasparin en 1837.

Pendant les travaux de cette Commission, la Société de législation comparée étudie la question de la révision de la loi de 1838 (2).

Senhert (3), dans une lettre ouverte à un député, essaie de montrer que la loi de 1838 fut une conquête pour la liberté, par conséquent pour l'humanité, et avec beaucoup d'esprit, à propos de l'intervention judiciaire dans les placements, écrit qu'il ne voit pas bien l'avantage à remplacer le médecin par un juge de paix. Le moyen proposé de soumettre tous les aliénés à l'examen préalable du tribunal est, à tous les points de vue, complètement inadmissible, et la loi de 1838 a su garder la juste mesure entre le secret absolu et une légitime publicité, en réservant au tribunal le véritable rôle qui lui appartient, comme tribunal d'appel et non comme jury de placement. Senhert recommande la création d'une Commission permanente de contrôle composée d'un magistrat, d'un avocat et d'un médecin ; c'est la première idée d'une Commission médico-judiciaire.

(1) Cette enquête donne 117 rapports préfectoraux et 77 rapports de médecins-chefs ou de directeurs d'asiles.

(2) Elle ne terminera ses travaux qu'en 1872.

(3) SENHERT. — *Les aliénés*. Paris, Furne-Jouvet, 1869.

La Société médico-psychologique vint éclairer l'opinion publique, induite en erreur par des écrivains mal informés (1).

Tripier (2) trouve ces débats irritants, il estime que l'administration a abusé des privilèges que lui donnait la loi et demande le retour au droit commun.

Thulié (3) publie une petite brochure très agressive contre la Société médico-psychologique, qui a couronné un mémoire du D^r Compagne sur « la manie raisonnante ». Il se fait l'écho, dit Motet (4), d'accusations injustes et blessantes pour la dignité professionnelle. Thulié répond, en invoquant — *déjà* — la divergence d'opinion des médecins-experts dans les affaires criminelles.

Un juriste, Gabriel Simon (5), étudiant la loi de 1838, en conclut qu'il vaut mieux confier au pouvoir judiciaire l'application de la loi sur les aliénés, dépouiller l'administration du droit de prononcer elle-même le placement, et rendra aux tribunaux la connaissance d'une matière qui intéresse à un si haut degré la liberté individuelle et la capacité des personnes.

Le projet de loi Gambetta et Magnin (1870)

Gambetta cherche la vedette et il enfourche ce dada qui passionne l'opinion publique depuis huit ans. Il dépose un projet de loi à la Chambre des Députés. « L'opinion publique est justement préoccupée des aliénés... Elle s'émeut des dangers que fait courir, à la liberté individuelle, la loi trop facile de 1838... Le Gouvernement a proposé cette loi, mais la médecine l'a faite. C'est l'œuvre des disciples de Pinel..., etc... Le premier venu, armé d'un certificat du premier médecin venu, peut, à toute heure du jour et de la nuit, se saisir d'un citoyen et le faire enfermer dans une maison de fous. » Les arguments du projet de loi Gambetta et Magnin (6) sont tirés de la presse et des pamphlets de Turck et de Garsonnet. « Peut-il résulter quelque bien, pour une intel-

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, I, p. 488.

(2) TRIPIER. — Les aliénés et la législation. Paris, *Revue contemporaine*, 1870.

(3) THULIÉ. — *La manie raisonnante du D^r Compagne*. Paris, Germer Baillière, 1870.

(4) MOTET. — Analyse, in *Ann. Méd.-Psych.*, 1870, I, p. 178.

(5) GABRIEL SIMON. — De la condition des aliénés. *Thèse droit*, Paris, Durand, 1870.

(6) Proposition de loi Gambetta et Magnin, in *Ann. Méd.-Psych.*, 1870, I, p. 553 et in Proposition de loi J. Reinach, Chambre des Députés, 1890, n° 1959, p. 111.

ligence déjà ébranlée, que ces murs qui l'épouvantent ?... La législation a préconisé, élevé à la hauteur d'une institution une thérapeutique barbare qui a fait plus de victimes qu'elle n'a sauvé de malades..., etc... »

Appliquons ce projet de loi dans le cas d'un placement volontaire: 1° demande d'admission par le parent de l'aliéné au Président du Tribunal ; 2° le Président commet un médecin-expert (il en est prévu un dans chaque canton), qui prêtera serment et fera un rapport ; 3° si, au vu de ce rapport, le Président juge qu'il y a lieu de prendre la demande en considération, il convoque le jury qui se réunira dans les trois jours ; 4° ce jury spécial se compose : d'un juge au Tribunal de première instance ; d'un des juges de paix du chef-lieu de l'arrondissement ; d'un avocat ou, dans les villes qui n'en ont pas, d'un avoué ou d'un notaire ; d'un membre du Conseil municipal du chef-lieu de l'arrondissement ; d'un *médecin* de ce même chef-lieu et de six personnes désignées par le sort sur la liste du jury des Assises et habitant le chef-lieu de l'arrondissement ; 5° le Président entend la personne qui demande le placement, le médecin-expert (cantonal), la personne dont le placement est demandé et son avocat ; 6° il ordonne ensuite que la personne qui a demandé le placement, celle dont le placement est demandé, son avocat, le médecin-expert se retirent et déclare la délibération ouverte. Quand elle est close, il est procédé au vote par bulletin secret ; 7° si le placement est voté à la majorité de 9 voix, le Président rend une ordonnance exécutive à la minute. La décision qui refuse le placement n'est jamais susceptible d'appel.

Le placement d'office n'est pas plus simple ; dans ce cas, le Préfet est le demandeur.

Lorsque Gambetta sera au pouvoir, il ne reprendra plus cet invraisemblable projet, qui n'avait d'autre but que de flatter l'opinion publique.

Un article des *Annales médico-psychologiques* analyse ce projet: « Les auteurs considèrent l'ordre du Préfet comme insuffisant, le certificat des médecins ne les rassure pas, ils se défient de la science aliéniste. » (1).

Le 2 octobre 1870, le Gouvernement de la Défense Nationale nomme une Commission pour examiner les réformes à apporter à la loi de 1838, et le 24 octobre 1870, le Ministre de l'Intérieur nomme une Commission de surveillance qui contient dans son sein sept aliénistes sur douze personnes (2).

(1) *Ann. Méd.-Psych.*, 1870, II, p. 346.

(2) *Ann. Méd.-Psych.*, 1870, II, p. 420.

La Société de législation comparée étudie la question depuis 1869 sous la présidence de E. Bertrand (1). Elle proteste contre l'abus des Préfets qui placent d'office des aliénés indigents non dangereux (qui devraient bénéficier du placement volontaire gratuit) ; elle critique la loi de 1838 : « On a commencé à considérer les aliénés comme des malades et, avec le temps, il s'est produit des abus..... On cite DEUX cas de séquestration arbitraire, dont une en Angleterre ! »

La Société signale des lacunes dans la loi sur la gestion des biens des aliénés, sur le placement et la sortie des aliénés délinquants.

Après un historique de l'Assistance aux aliénés, et un résumé de la loi de 1838, des circulaires ministérielles qui l'ont suivie, Desmaze (2) rappelle qu'à la suite des réclamations dont la presse se fit l'écho, le Ministre de l'Intérieur et le Garde des Sceaux avaient rappelé, en 1866, les prescriptions de la loi aux Préfets et aux magistrats ; que, le 8 juillet 1869, le Garde des Sceaux réclamait un relevé exact des demandes de mise en liberté pendant les cinq dernières années, et on compte 49 demandes de mise en liberté adressées aux Tribunaux dans toute la France (plus en 1868 et en 1869 que dans les années précédentes), il y eut 25 demandes accueillies et 24 rejetées. Parmi les plaintes accueillies, il y avait une réclamation d'un aliéné sorti, une réclamation d'un parent ; dans deux cas, le Tribunal a constaté la guérison, et il a ordonné, dans quatre cas, une sortie qui aurait pu avoir lieu d'office. Pas une séquestration arbitraire. Desmaze fit partie de la Commission extra-parlementaire dont nous avons parlé et, après avoir fait une revue des législations étrangères, ce magistrat conclut qu'il faut maintenir en son entier la loi de 1838.

Projet de révision Roussel, Jozon et Desjardins

Le résultat des travaux de la Commission extra-parlementaire et de ceux de la Société de législation comparée incitent Roussel, Jozon et Desjardins à présenter un projet de loi, devant l'Assemblée Nationale, le 25 juillet 1872 (3).

(1) E. BERTRAND. — *Loi sur les aliénés. Société de législation comparée.* Paris, Cotillon, 1872 ; et ROUSSEL. — *Rapport, Sénat, 1884, t. II, p. 301.*

(2) Charles DESMAZE. — *Les aliénés.* Paris, Delahaye, 1873. C. Desmaze était conseiller à la Cour d'Appel de Paris.

(3) Th. ROUSSEL. — *Notes et documents, 1884, Sénat, n° 157, t. II, p. 331.*

Surveillance des établissements privés ; institution d'une Commission permanente des aliénés : (2 médecins désignés par le Tribunal civil, le Procureur de la République, un avocat ou un avoué, un notaire et un conseiller général) qui visitera les asiles (1) ; surveillance des aliénés séquestrés dans les familles et de ceux que l'on veut interner à l'étranger ; dispositions spéciales aux aliénés criminels (en cas de non-lieu, la Chambre du Conseil peut ordonner le placement ; en cas d'acquiescement aux Assises, la Cour peut ordonner le placement) ; surveillance de la gestion des biens des aliénés non interdits par la Commission permanente.

C'est à cette époque que fut jouée à l'Odéon une pièce intitulée « La Baronne » et dont le sujet était une séquestration arbitraire : un médecin, amant d'une femme mariée, fait interner le mari qui s'évade, étrangle sa femme et proclame son irresponsabilité puisqu'il est fou (2). « Cette pièce flatte le goût de scandale du public en l'effrayant par la menace de ce qui n'existe pas. »

Les *Annales médico-psychologiques* (3) rendent compte de la Séance de l'Assemblée Nationale où fut discutée, le 4 décembre 1872, la proposition Roussel, Jozon et Desjardins. Aucune loi n'a été mieux étudiée, et mieux discutée, que la loi de 1838, dit Res-séguier, et l'Assemblée Nationale nomme une Commission parlementaire.

Taguet (4) cite Res-séguier : « Cette loi est une des grandes œuvres d'Assistance publique dont le Gouvernement parlementaire peut s'honorer à juste titre », et cependant l'Assemblée Nationale reçoit de nombreuses pétitions contre la loi ; Loustalot en conclut que la loi de 1838 laisse beaucoup à désirer (5).

Les campagnes de presse continuent ; Bonnet (6) prend la défense de la loi : « le monde se déchaîne avec une indicible ardeur contre les hommes et les choses qu'il avait primitivement comblés de son encens », et il précise que la justice a droit, et à toute époque, de valider les placements de l'administration.

Des juristes, que nous avons déjà cités, comme G. Simon, estiment dès 1870 que la loi sur les aliénés doit rendre aux tribunaux

(1) Inspirée des « commissioners in lunacy » d'Angleterre.

(2) H. BONNET. — « La Baronne » à l'Odéon. *Ann. Méd.-Psych.*, 1872, II, p. 73 et *Ann. Méd.-Psych.*, 1875, II, p. 288.

(3) 1873, I, p. 362 et II, p. 356.

(4) TAGUET. — *Etude sur la loi des aliénés du 30 juin 1838*. Paris, Don-naud, 1875, et in *Ann. Méd.-Psych.*, 1875, I, p. 220.

(5) *Ann. Méd.-Psych.*, 1875, I, p. 154.

(6) BONNET. — Questions relatives aux articles 14, 20, 29, 30, 41 de la loi de 1838. *Ann. Méd.-Psych.*, 1876, II, p. 206.

la connaissance d'une matière qui intéresse à un si haut degré la liberté individuelle et la capacité des personnes, et de même Bertrand, en 1872, à la Société de législation comparée, a demandé que la séquestration définitive soit ordonnée par l'autorité judiciaire. Ce principe, que la liberté individuelle est du domaine judiciaire et non du domaine administratif, est affirmé avec plus de force.

Delangre (1) estime que des réformes sont nécessaires et qu'elles s'imposeront un jour, en donnant à la liberté individuelle des garanties plus sérieuses et en demandant à la magistrature une intervention plus directe et plus large.

Pour Charmetton (2), ancien préposé aux transfèrements des aliénés de la Seine, les séquestrations arbitraires sont rares, mais il craint que les médecins des asiles d'aliénés ne soient pas tous à la hauteur de leur tâche, que la science aliéniste ne reste stationnaire en France, que les asiles aient perdu leur caractère médical parce qu'ils sont administratifs. Il critique les gardiens « recrutés à la hâte, la plupart des déclassés », l'infirmerie spéciale, etc., et il pense que l'institution d'une Commission spéciale permanente, composée de magistrats, d'administrateurs et de médecins (telle que le proposent Desmaze, Jules Falret, Stephan Senhert et Maxime du Camp) apporterait à la loi de 1838 la meilleure réforme. Ce petit volume a son importance parce qu'il reflète assez bien l'opinion publique à cette époque.

Crisenoy (3) réclame une meilleure inspection générale ; pour lui le mal vient surtout de ce que la loi n'est pas appliquée. Ce reproche vise surtout le contrôle institué par la loi qui n'est pas fait.

Deux études juridiques importantes paraissent en 1883.

L'une est de Dayras (4), magistrat à Besançon, qui déplore que le contrôle institué par la loi n'est pas fait : « On n'évalue pas, écrit-il, à un dixième le nombre de personnes (parmi les personnes énumérées par la loi) qui se croient obligées de se rendre à l'asile. » Dayras est nettement partisan de confier au Tribunal seul le droit d'ordonner les placements et il écrit cette phrase un peu inquiétante : « On peut attendre pour l'internement d'office que le danger ait été prouvé par un acte. »

(1) DELANGRE. — *Etude sur la condition des aliénés*, Paris, Pichon, 1876.

(2) CHARMETTON. — *La vérité sur les aliénés et leur traitement*, Paris, Dentu, 1876.

(3) DE CRISENOY. — *Revue générale d'administration*, 1882.

(4) DAYRAS. — *Les aliénés*, Réforme à introduire dans la loi de 1838. Paris, Dentu, 1883.

L'autre est de Huc (1), professeur à la Faculté de droit de Toulouse. Après avoir déclaré que l'honneur du corps médical est tout à fait en dehors du débat, après avoir admis que tous les médecins aliénistes ont toujours été des modèles d'intelligence et de probité professionnelles, et que l'administration n'a jamais été appelée à couvrir sciemment ou par erreur un acte arbitraire, Huc prétend établir que la loi de 1838 blesse le principe de justice et d'égalité, qu'elle porte atteinte aux droits privés dans la personne de ceux qu'elle entend protéger. La position faite aux individus suspects de démence, écrit Huc, est pire que celle des gens sans aveu soupçonnés d'avoir commis un délit ou un crime, et il répète à plusieurs reprises que pour interner quelqu'un il suffit d'une demande émanée du *premier venu*, appuyée d'un certificat d'un médecin *quelconque*. Pour Huc, « la possibilité d'un tardif recours à l'autorité judiciaire » ne garantit pas la liberté individuelle, et il affirme que le vice principal de la loi est la substitution irrationnelle de l'action privée ou administrative à l'action judiciaire. « Les médecins ne peuvent et ne doivent jouer que le rôle d'experts... leur opinion ne peut se traduire que comme renseignements précieux et souvent décisifs donnés à la justice à qui seule appartient le droit de statuer... », et il conclut : l'intervention de l'autorité judiciaire est en effet la seule garantie que l'opinion publique considère comme efficace quand la liberté et la capacité des citoyens sont mises en question.

Huc critique ce fait que dans la loi de 1838, la meilleure garantie contre l'arbitraire résulte de l'honorabilité du corps médical et de l'honnêteté des agents administratifs. Il serait facile de répondre que dans son projet la meilleure garantie contre l'arbitraire résulte de l'honorabilité de la magistrature. Huc écrit que le vulgaire pourra admettre facilement la complicité d'un médecin besogneux, la complicité intéressée d'un maire ou d'un préfet, mais qu'il n'admettra pas la complicité d'un magistrat... Ce n'est pas sûr, et si le projet Huc avait été admis il y aurait eu autant de plaintes en séquestrations arbitraires, et les magistrats en auraient été accusés.

J'ai donné une analyse un peu longue de ce livre parce qu'il a eu une grande influence sur la rédaction du rapport de Th. Roussel.

En 1881, un décret avait institué une nouvelle Commission extra-parlementaire chargée d'examiner les réformes nécessaires. Bourneville en est le président, et il affirme que, dans un

(1) Huc. — *Des aliénés et de leur capacité civile*. Paris, Cotillon, 1883,

asile, tout doit converger vers le même but, que l'unité de vues est nécessaire dans la direction. Il se montre donc un ferme partisan des directeurs-médecins.

Cette Commission établit un projet de loi supprimant la faculté laissée aux Conseils généraux de traiter avec les établissements privés ; elle prévoit deux conseillers généraux parmi les membres de la Commission de Surveillance ; elle remet au pouvoir central la nomination des médecins ; elle prévient, par l'intervention obligatoire de l'autorité judiciaire, le danger d'admissions arbitraires, sans retarder par des complications de procédure l'entrée en traitement des malades ; elle demande la création d'asiles d'aliénés criminels ; elle donne une meilleure protection au patrimoine des aliénés, et, innovation essentielle, elle fait intervenir l'autorité judiciaire pour le maintien *définitif* des aliénés admis provisoirement.

Ce projet est présenté au Sénat par Fallières, Ministre des cultes le 25 novembre 1882. Constans, Ministre de l'Intérieur, dit que ce projet de loi ne se contente pas de mettre la loi de 1838 au niveau des progrès de la médecine mentale, mais qu'elle s'efforce encore de faire cesser les attaques violentes dirigées contre cette loi, en substituant l'autorité judiciaire à l'autorité administrative dans les placements. Constans estime que ce projet comble des lacunes, mais qu'il amoindrit le médecin d'asile par la suspicion ; il critique la suppression des asiles privés, et la création d'un quartier spécial d'observation où le Procureur doit se rendre dans les trois jours (*Annales médico-psychologiques*, 1883, I, p. 5, 177, 223, et II, p. 416). Ce projet est renvoyé à une Commission dont Th. Roussel est le rapporteur.

Le projet Th. Roussel (1884)

Th. Roussel (1) dépose son rapport au Sénat le 20 mai 1884 : deux énormes volumes de 700 et de 800 pages, où l'auteur a accumulé des documents précieux et où il a analysé et commenté longuement le projet de loi du Gouvernement modifié par la Commission ; toutes les questions de l'assistance aux aliénés sont étudiées et discutées, et une importante documentation est annexée à ce rapport (2).

(1) TH. ROUSSEL. — *Rapport*, Sénat, 1884, n° 157, t. I et II, Paris, Mouillot, 1884.

(2) Le texte de la rédaction adoptée par la Commission du Sénat est reproduit dans les *Ann. Méd.-Psych.*, 1884, II, p. 63.

Ce projet prévoit des asiles spéciaux pour les idiots, crétins et épileptiques, demande le recrutement des médecins par voie de concours, surveille les aliénés séquestrés à domicile ; il crée dans chaque département une Commission permanente des aliénés (un conseiller de préfecture, un avoué, un notaire, un médecin-secrétaire, désigné sur une liste présentée par le Conseil Supérieur des aliénés et comprenant pour les 3/4 des médecins du cadre. Ce médecin-secrétaire serait un fonctionnaire permanent). Le contrôle est renforcé par des visites plus régulières du préfet, des magistrats, et par la réorganisation de l'inspection générale des asiles ; création d'un Comité Supérieur des aliénés (un membre à la Cour de Cassation, le procureur général de la Cour d'Appel, un membre de l'Académie de médecine, un professeur de la Faculté de médecine de Paris, un directeur du Ministère de la Justice, un directeur du Ministère de l'Intérieur, et les inspecteurs généraux du service des aliénés) ; enfin, de nouvelles formalités de placement où intervient l'autorité judiciaire. Supposons un placement volontaire d'après ce projet. La personne qui demande le placement doit faire viser sa demande d'admission par le commissaire de police, le maire ou le juge de paix ; elle demandera à un médecin un rapport détaillé qui sera transmis au Procureur de la République ; sitôt le malade interné, un avis est donné au Procureur de la République de l'arrondissement où est domicilié le malade, et à celui où est situé l'asile. Dans les cinq jours, les membres de la Commission permanente vont visiter l'aliéné qui est placé dans un quartier spécial à ces placements provisoires, où le Procureur de la République (ou le juge de paix) doit l'interroger. Puis, sur réquisitions écrites du Procureur de la République, la Chambre du Conseil donne son avis sur la sortie ou la maintenue du malade qui est alors admis définitivement.

D'autre part, tout interné peut se pourvoir auprès du Tribunal, du Procureur, de la Commission permanente qui remplit, en outre, les fonctions d'administrateur provisoire.

Ce projet est renvoyé pour étude au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique et le Sénat demande l'avis de l'Académie de médecine. Blanche (1) conclut que la loi de 1838 a été un bienfait pour les aliénés et ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet ; que le nouveau projet de loi présente certaines

(1) BLANCHE. — *Rapport sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés*, au nom d'une Commission de l'Académie de Médecine composée de Baillarger, Brouardel, Lunier, Luys, Mesnet et Blanche, rapporteur. Paris, Masson, 1884.

améliorations, mais que l'intervention de la justice, si elle part d'un principe juste, peut être critiquée, et que le médecin est seul compétent.

Mesnet (1) critique la création des quartiers dits d'observation provisoire qui ne répondent à aucun but utile. Nous signalons deux chroniques de Foville (2) et des articles de A. Voisin (3), de Baume (4). Pour J. Falret (5), les différences entre la loi ancienne et la loi nouvelle portent sur : 1° l'admission provisoire suivie de l'admission définitive à la suite de l'examen des magistrats ; 2° la surveillance des aliénés soignés à domicile ; 3° les asiles spéciaux pour les aliénés criminels ; 4° les sorties d'essai ; 5° des garanties de sortie pour les aliénés dangereux ; 6° de nouvelles mesures de protection des biens.

Luys (6) considère que certaines innovations sont excellentes (comme la surveillance des aliénés traités à domicile, la création d'asiles d'aliénés criminels), mais il estime que les deux certificats ne sont pas utiles, et il est hostile aux quartiers spéciaux d'admission provisoire. Rappelant les campagnes de presse qui « ont attisé le feu », Luys estime que, pour rassurer l'opinion publique, l'intervention de la magistrature est capitale.

Un magistrat, Chaudreau (7), admet que des médecins ont pu délivrer des certificats sans examen des malades, et il insiste sur ce fait que l'opinion publique réclame l'intervention judiciaire.

La discussion du rapport Roussel, véritable encyclopédie sur la législation des aliénés, ne vint au Sénat qu'en 1886. Combes n'est pas partisan de l'intervention judiciaire dans le placement, et lors de la discussion, il estime que les médecins sont seuls compétents. « Voici un homme suspect qu'on se propose d'enfermer ; qui devra se prononcer sur son sort ? La magistrature ou la médecine ? La magistrature, s'il est suspect de délit ou de crime ; la médecine s'il est suspect de maladie... confier à la magistrature l'examen d'un aliéné, c'est commettre

(1) MESNET. — *Révision de la loi de 1838 sur les aliénés*. Académie de Médecine, 19 février 1884, Paris, Masson, 1884.

(2) ANN. MÉD.-PSYCH., 1884, II, p. 5, 1885, p. 8.

(3) A. VOISIN. — Quelques modifications à apporter à la loi de 1838. *Ann. Méd.-Psych.*, I, p. 494.

(4) BAUME. — La loi sur les aliénés devant le Sénat. *Ann. Méd.-Psych.*, 1886, et Paris, Rougier, 1886.

(5) J. FALRET. — *Ann. Méd.-Psych.*, 1885, I, n° 118.

(6) LUY. — *Les projets de réforme de la loi sur les aliénés*. Discours prononcé à l'Académie de Médecine, Paris, Baillière, 1884.

(7) CHAUDREAU. — *De la réforme de la loi de 1838*. Pau, Garet, 1884.

la même erreur que de transférer à la médecine la poursuite et le jugement du criminel... », et Combes pose ce dilemme : « Si les magistrats se bornent à contresigner les décisions médicales, c'est abaisser la magistrature, et, d'autre part, on ne peut les poser en antagonistes des maîtres de la médecine mentale. » (1).

La discussion s'est engagée sur les asiles privés, que le projet veut supprimer, et le Ministre de l'Intérieur dit qu'ils ont été fondés dans un but de spéculation (2).

Enfin, le projet de loi est adopté le 11 mars 1887 (3). Les grandes lignes du projet subsistent, les formalités sont simplifiées, l'autorité judiciaire, en Chambre du Conseil, ordonne le placement définitif, mais les quartiers spéciaux d'observation sont supprimés ; les articles sur la surveillance des aliénés à domicile sont atténués, les asiles privés sont maintenus ; la Commission permanente est supprimée, mais on maintient le médecin-inspecteur par département, et un administrateur aux biens ; le Conseil Supérieur des aliénés est créé, ainsi que les asiles d'aliénés criminels.

En somme, ce nouveau projet a simplifié le projet Roussel, et l'a rendu plus facilement réalisable. Il a été discuté pendant 17 séances. Transmis à la Chambre des députés, une Commission fut chargée de l'examiner, et Bourneville déposa un rapport sommaire (où il insiste sur la question des enfants arriérés), qui ne fut pas discuté.

D'autres travaux sont faits sur ce projet de loi par Coutagne (4) qui écrit que les modifications apportées dans la nouvelle loi sont censées répondre aux besoins de l'opinion publique, et il observe que les jugements des Tribunaux en matière de diagnostic mental risqueront d'être erronés, à moins de constituer de simples enregistrements des conclusions des experts.

Au Congrès International de médecine mentale (5), Ball et Rouillard regrettent l'intervention des magistrats dans le placement et la sortie des aliénés, et Ball prédit que le magistrat

(1) Cité par LÉGER. — Du régime administratif des aliénés. *Thèse droit*, Paris, Roussel, 1900.

(2) Que pourrait-on dire, de nos jours, de Plouguernevel et de Saint-Rémy (Haute-Saône).

(3) Projet de loi. Sénat, 1887, n° 53.

(4) COUTAGNE. — *La folie au point de vue judiciaire et administratif*. Lyon, Storck, 1888.

(5) BALL et ROUILLARD. — *De la législation comparée sur le placement des aliénés. Congrès International de Médecine Mentale*, 1889, Paris, Masson, 1890, p. 206.

qui, dans le projet de loi Roussel, sera chargé d'appliquer la loi, héritera forcément de l'impopularité qui pèse sur la tête de l'aliéniste. Falret prend part à la discussion en montrant que la nouvelle garantie (le visa du certificat de placement par un magistrat) n'est qu'apparente : ou bien, dit-il, la signature des magistrats sera un simple visa sans importance, ou bien elle exigera l'examen des malades et substituera son jugement à la compétence spéciale du médecin, et Falret estime que la nouvelle législation est irréalisable. Barbier, premier Président à la Cour de Cassation, dit que, si la loi de 1838 était bien appliquée, elle suffirait à la sécurité de tous et au respect du droit de chacun. Il affirme qu'il y a eu des erreurs commises, mais que, dans les cas de séquestration arbitraire, des investigations ont montré qu'à son origine, la séquestration était justifiée. Il critique la loi nouvelle, montre les difficultés de sa réalisation, regrette que l'on impose au juge une responsabilité qui ne saurait lui appartenir, « la loi fait un bien triste cadeau à la magistrature ». Il soutient que la question du placement est d'ordre administratif et médical, et il espère qu'au Parlement la grave question du placement des aliénés recevra une solution dégagée de tout sentiment de défiance vis-à-vis des médecins. Pour Bourneville, l'enseignement de la médecine mentale ne fait pas partie des programmes des facultés de droit ; les juges n'ont donc aucun moyen de se prononcer légitimement en dehors des renseignements fournis par la science médicale.

Cottignies (1), un magistrat, rend hommage à la loi de 1838 : « la meilleure de son temps » et cherche à préciser le rôle du magistrat et du médecin, et il estime qu'en matière de placement, la surveillance judiciaire doit être prépondérante.

Propositions de loi Reinach et Lafon

Joseph Reinach dépose à la Chambre, le 3 décembre 1890, une nouvelle proposition de loi sur le régime des aliénés. Il reprend le projet Roussel adopté par le Sénat, y apporte quelques modifications (suppression des asiles privés, asiles spéciaux pour les enfants idiots et épileptiques, rétablissement du quartier spécial d'observation pour les internés provisoires) ; dans l'exposé des motifs, Reinach reprend les accusations du projet Gambetta et

(1) COTTIGNIES. — *La législation de rentrée à la Cour d'Appel de Besançon*. Besançon, Millot, 1889.

Magnin, il doute de la « science aliéniste... encore à l'état d'ébauche ». Il accuse les médecins d'ignorance et de complaisance : « La négligence des médecins d'asiles a été dénoncée depuis plus de 50 ans. » C'est donc un assez violent réquisitoire contre les médecins.

Cependant, le Congrès de Médecine Mentale de Lyon (1) émet le vœu : que la loi de 1838, susceptible de quelques perfectionnements dans les détails, soit maintenue dans toutes ses dispositions générales, et en 1891, le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique a été d'un avis contraire à la substitution du pouvoir judiciaire au pouvoir administratif (2).

Il est évident que cette proposition de loi, qui marque de nouveau de la méfiance contre les médecins, sera plus discutée encore que le projet Roussel. Giraud (3) cite Reinach et montre que son projet est hostile aux médecins. P. Garnier (4) estime que le rapport Reinach est illogique et son projet impraticable, que le malade y devient un justiciable *contre* qui on prononcera un jugement. Gilbert Ballet reprendra plus tard cet argument. Aucune des séquestrations pseudo-arbitraires invoquées n'est propre à montrer que la loi ait favorisé le crime et les magistrats, pour s'éclairer, s'adresseront encore au médecin « qu'on suspecte et qu'on redoute ». S. Garnier (5) fait remarquer que, depuis le dépôt du premier projet Roussel, il s'est déjà passé dix ans, et que les prérogatives données aux magistrats n'ont d'autre but que de satisfaire l'opinion publique. S. Garnier s'étonne qu'il faille tant de garanties pour recruter les médecins d'asiles, et aucune pour les directeurs administratifs. Giraud (6), à propos du rapport de Lafont, distribué à la Chambre le 16 février 1892, reprend l'analyse du projet du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. De même que le rapport Bourneville, de même que le rapport Reinach (1891), le rapport Lafont *n'est pas discuté* à la Chambre.

C'est ensuite qu'est publié un nouveau rapport Reinach et

(1) *Congrès annuel de Médecine mentale*. Lyon, 3-8 août 1891. Paris, Masson, 1892, p. 289 ; REBATEL. — *Révision de la loi de 1838*, p. 254.

(2) Projet de loi adopté par le Conseil Supérieur. In *Rapport Reinach et Lafont*, Chambre des Députés, 1893, n° 9, p. 151. Annexe n° 6.

(3) GIRAUD. — La proposition de loi sur le régime des aliénés, présenté par M. Reinach, député. *Ann. Méd.-Psych.*, 1891, I, p. 117, et 1892, I, p. 5.

(4) P. GARNIER. — Le projet de loi Reinach. *Ann. Méd.-Psych.*, II, p. 289.

(5) S. GARNIER. — Le projet de loi sur les aliénés au Conseil Supérieur de l'Assistance publique. *Ann. Méd.-Psych.*, 1892, I, p. 408.

(6) GIRAUD. — Le projet de révision de la loi sur les aliénés. Rapport Lafont. *Ann. Méd.-Psych.*, 1892, I, p. 337 et I, p. 5.

Lafont (1). L'exposé des motifs, très méfiant à l'égard des médecins, reproduit intégralement celui de 1890. Le nouveau projet tient compte du rapport du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. Il demande : la création de quartiers spéciaux annexes pour les idiots, crétins et épileptiques, et pour les enfants arriérés ; la suppression des asiles privés ; le concours pour le recrutement des médecins-adjoints ; un contrôle plus sévère et une réorganisation de l'Inspection générale ; un comité supérieur des aliénés, le placement par intervention de l'autorité judiciaire ; la création d'asiles d'aliénés criminels. Malgré l'aggravation de l'hostilité contre les médecins, ce projet est voisin du projet Roussel.

Nouveaux commentaires de Giraud (2), qui rappelle que le rapport Bourneville n'a pas été discuté et que la grande réforme est l'intervention de la magistrature pour confirmer le placement des aliénés à l'asile, ce qui augmente la paperasserie administrative.

A noter, dans le nouveau rapport d'E. Lafont (19-2-1894), la proposition G. Berry autorisant les départements à placer les aliénés non dangereux dans les familles, et que, lors de la rédaction de son certificat d'admission, le médecin doit examiner le malade en présence d'un magistrat (juge de paix, maire ou commissaire de police), conception due à Dubief. D'autre part, c'est le président (art. 18) qui statue sur simple ordonnance, sauf dans les cas douteux qui seront soumis au Tribunal, « formalités, écrit Giraud, qui aboutissent à des lenteurs administratives et ne constituent pas un progrès ».

Paul Garnier publie son petit livre sur l'internement des aliénés (3). Il réfute les arguments de Reinach, analyse les projets de Roussel, Reinach, Reinach et Lafont ; il rappelle cette phrase de de Gasparin (Ministre de l'Intérieur en 1837) : « Les mesures relatives à l'isolement des aliénés demandent ordinairement une extrême célérité » ; il admet que l'on peut apporter des perfectionnements à la loi de 1838 (certificats d'admission plus détaillés et des précautions à la sortie des aliénés criminels). A cette époque, nouvelles attaques de presse contre la loi : « L'opinion publique, écrit P. Garnier, se forme en grande partie avec de tels

(1) J. REINACH et E. LAFONT. — *Proposition de loi sur le régime des aliénés*. Chambre des Députés. Session extraordinaire de 1893, n° 9, Paris, Motte-
roz, 1893.

(2) GIRAUD. — La proposition de loi... présentée par Reinach et Lafont. *Ann. Méd.-Psych.*, 1894, I, p. 185, p. 361.

(3) PAUL GARNIER. — *L'internement des aliénés*. Paris, Rueff, 1898.

éléments et l'erreur, à force d'être répétée, acquiert la vertu d'une vérité démontrée. »

Au Congrès de Nancy, P. Garnier conclut à la nécessité de maintenir à l'autorité administrative le pouvoir de placement (1).

Les rapports Dubief (2)

Dubief, médecin et ancien directeur administratif à Marseille, remplace Lafont, décédé, à la Commission de révision de la loi de 1838 à la Chambre. Il analyse la loi de 1838, loi de police, de protection et d'*assistance*. Il rappelle les furieuses campagnes de presse déchaînées par l'affaire Sandon et « où furent mis en cause avec violence les aliénistes qui avaient décidé la loi ». Il rappelle « de scandaleux et désolants abus » ; il regrette que la seule garantie contre la séquestration arbitraire soit le certificat d'un médecin quelconque : « L'arbitre principal dont l'opinion sera souvent décisive et servira de caution : c'est le médecin... » « Ne sait-on pas que la séquestration arbitraire la plus fréquente est celle qui consiste à maintenir à l'asile, au-delà de la limite nécessaire, par négligence ou pour servir des intérêts inavoués, le malade guéri ? » Avec perfidie, Dubief critique les médecins des asiles, s'il ne croit pas aux séquestrations arbitraires dans les asiles publics, il se méfie des asiles privés. Il est partial, et, comme le Ministre de l'Intérieur, en 1837, il craint que les asiles privés ne soient capables « de collusion coupable... », c'est là que les aliénés... sont exposés à subir... une captivité que leur impose la routine et la cupidité..., c'est là que manquent à la fois toutes les garanties ». Son projet tend à remplacer dans les placements l'autorité administrative par l'action exclusive de l'autorité judiciaire ; à supprimer les asiles privés ; à créer un conseil des médecins dans les asiles ; à créer des médecins traitants, non logés dans les asiles et faisant de la clientèle privée (!) ; à recruter les médecins par concours public (mais il ne demande pas que les directeurs administratifs soient recrutés au concours), etc. En somme, il reprend le texte voté par le Sénat, lors du projet de loi Roussel.

(1) P. GARNIER. — *Internement des aliénés*. Congrès de Nancy, Nancy, Crépin, 1896.

(2) 1^{er} rapport. Chambre des Députés, 1896, n° 2140.

2^e rapport. Chambre des Députés, 1898, n° 211.

3^e rapport. Chambre des Députés, 1898, n° 579.

4^e rapport. Chambre des Députés, 1902, n° 51.

5^e rapport. Chambre des Députés, 1906, n° 47 et 2 annexes.

Ces projets ont été étudiés par un juriste, Faidides (1), qui, dans ses conclusions écrit que : « *Cette intervention judiciaire ne protégera pas plus efficacement la liberté individuelle, puisqu'il faudra toujours s'en rapporter au médecin.* » Faidides estime que le mieux est d'appliquer sérieusement la loi et d'organiser la protection des biens de l'aliéné, et de créer une Commission permanente de contrôle composée de magistrats et de médecins. Pour Faidides, dans le placement des aliénés, il n'y a qu'une question de diagnostic médical qui doit relever du médecin. A cette époque paraissent d'autres thèses de droit (2).

Léger (3) donne un historique de l'assistance aux aliénés, il analyse les projets Dubief : dépenses obligatoires, asiles spéciaux pour alcooliques et épileptiques, pour les enfants arriérés ; colonies familiales ; assistance à domicile ; suppression des asiles privés, et il conclut : « *Pour les aliénés ordinaires, le mode de placement, tel qu'il est conçu dans la loi de 1838, pourrait être conservé, avec quelques modifications...*, pour les malades conscients de leur délire ou des intoxiqués..., qui demandent spontanément leur réception... »

Hubert (4), bien qu'il admette que les critiques faites à la loi de 1838 relèvent d'abus dus à son application défectueuse, note que la substitution de l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, dans les décisions relatives au placement, est la base de cette réforme radicale, et que la liberté individuelle ne relève que des magistrats ; il estime que la réforme, dans ce sens, est légitime et désirable.

On peut constater que les juristes ressemblent un peu aux médecins experts qui ne sont pas toujours du même avis. Vers la même époque, un journaliste, le D^r Toulouse (5), s'est élevé avec force contre « ce prétendu droit de l'autorité publique d'interner un aliéné..... » qu'il est possible de surveiller et de l'empêcher de nuire, sans l'interner... est-il bien équitable, sous prétexte d'empêcher un individu de se livrer à ses penchants qui lui sont nuisi-

(1) FAIDIDES. — Du régime des aliénés. *Thèse droit*. Paris, Rousseau, 1898.

(2) Après chaque projet de réforme, il éelôt d'assez nombreuses thèses de doctorat en droit, très documentées, qui reproduisent toutes un excellent historique de l'Assistance aux aliénés et une analyse minutieuse des projets de révision de la loi de 1838.

(3) LÉGER. — Du régime administratif des aliénés et des réformes projetées. Paris, Rousset, 1900.

(4) R. HUBERT. — Protection légale des aliénés en France. *Thèse droit*, Paris, Rousseau, 1902.

(5) *Journal des Débats*, 2 février 1901.

bles, de le priver de sa liberté ?... on peut accepter encore des mesures coercibles à l'égard des malades qui auront tenté de se suicider, mais non pas qui sont exposés à le faire. *La prophylaxie est dans ce cas une mesure tendancieuse et vexatoire puisqu'elle peut être inutile, sous prétexte qu'il peut être dangereux, on ne doit pas l'interner...* Il est assez amusant de penser que ce journaliste, hostile à l'hygiène mentale, est l'homonyme du D^r Toulouse, qui a été l'un des plus chauds partisans de la prophylaxie mentale. D'ailleurs, dans la *France médicale* (10 mai 1901), le D^r Prieur a répondu « aux paradoxes de Toulouse sur l'internement des aliénés », et Masson (1) pense que la doctrine de Toulouse doit être abandonnée : « Elle serait pratiquement désastreuse si le législateur l'inscrivait dans nos codes..... il est superflu de faire ressortir l'absurdité d'une doctrine qui voudrait attendre que le mal fût fait pour l'empêcher (2). » Puis cette question des aliénés sommeille de nouveau, lorsqu'une nouvelle campagne de presse est déclanchée par les affaires Prenant et Dalbéra, et plusieurs conférences montent l'opinion publique. La Société d'Études législatives inscrit à son programme la question de la réforme de 1838, et Dubief, le 12 juin 1902, reprend son projet de loi.

Masson (3) donne une étude critique de la loi de 1838 et des projets de réforme, document très important tant au point de vue historique qu'au point de vue juridique. Masson estime que le médecin tient de la loi de 1838 un pouvoir redoutable et qu'il n'est pas infaillible (les magistrats non plus). Masson est nettement favorable à l'intervention de l'autorité judiciaire et il donne cette raison que lorsqu'il s'agit d'interdiction, le tribunal intervient, pourquoi pas lorsqu'il s'agit de liberté individuelle ? Néanmoins Masson n'est pas partisan de débats publics pour l'internement, mais d'un interrogatoire à huis clos par le président, et il conclut : « Si le projet de la commission est adopté par les Chambres, l'internement équivaldra presque à l'interdiction..... Il faut être logique et de deux choses l'une : ou abroger les dispositions du Code civil, ou bien les appliquer à l'internement. »

(1) MASSON. — La liberté individuelle et les aliénés. *Thèse droit*, Paris, Chevalier-Maresq, en 1902.

(2) Ceci rappelle Dayras (*loc. cit.*) et la chanson du pendu de la forêt de Saint-Germain.

(3) MASSON. — La liberté individuelle et les aliénés. *Thèse droit*, Paris, Chevalier-Maresq, 1902.

Le rapport Larnaude

Comme nous l'avons déjà dit, la Société d'Etudes législatives (qui réunit les magistrats et les juristes les plus éminents) inscrit en tête de son programme la réforme de la loi de 1838. Larnaude en est le rapporteur (1) : il écrit que les aliénistes l'ont rassuré sur les quelques cas d'internements illégaux, mais qu'il faut rassurer l'opinion publique et rajeunir la loi. Pour Larnaude, il est sûr et certain que les médecins ont un rôle prépondérant à jouer, mais « il faut protéger l'aliéné contre cet autre pouvoir, le pouvoir médical, les médecins que l'on accuse, à tort sans doute, de voir des aliénés partout... Il faut choisir entre l'autorité administrative et l'autorité judiciaire... C'est Vivien, dit Larnaude, qui a fait triompher la thèse administrative », et il propose le placement en deux temps : 1° mise dans un quartier d'observation par le Préfet ; 2° maintenue du placement par l'autorité judiciaire. Mais, ajoute Larnaude, nous nous heurterons toujours dans cette question des aliénés à cette opposition des conceptions du médecin et du légiste.

Dans la discussion de ce rapport nous pouvons noter la crainte, formulée par Saleilles, que le Tribunal ne devienne une sorte de machine à entériner l'internement comme aujourd'hui le Préfet, et Morizot-Thibaud estime que la loi de 1838 était sage et pouvait peut-être suffire à tous les cas, mais elle meurt de ne pas avoir été scrupuleusement respectée. Toutefois Larnaude, en critiquant le texte du Sénat (14-12-1886), craint que les tribunaux ne s'habituent à voir défiler devant eux l'énorme quantité de *causes d'aliénation mentale*..... ils jugeront sans y regarder de bien près..... On discute un système de Garçon, création d'un juge spécial, le *juge des aliénés*, qui intervient aussitôt le placement. On préconise pour les placements un double certificat médical, l'intervention du préfet, puis la maintenue du placement par un magistrat jusqu'à la décision d'une Commission des aliénés, instituée dans chaque asile, composée d'un magistrat, de deux conseillers généraux, d'un avoué, d'un notaire, d'un avocat, de trois médecins choisis par le Tribunal, de trois médecins choisis par le Préfet, de six membres désignés par cooptation — en tout 18 personnes — et se réunissant tous les mois ; ce n'est pas cette Commission qui statuera, mais le Président de la Commission, c'est-à-dire le juge des aliénés, etc.

(1) LARNAUDE. — *La réforme de la loi sur les aliénés*. Paris, Rousseau, 1904.

Dans cette discussion, un magistrat, Laurent-Atthalin, Président de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, affirme que les séquestrations arbitraires sont impossibles dans les asiles publics, et vraiment irréalisables.

G. Picot et Saleilles craignent que le juge des aliénés prenne vite une psychologie professionnelle, « il se fera une mentalité de médecin... il soupçonnera plus facilement la folie réelle ». J'ajouterai qu'il verra des fous partout, comme on l'a dit, communément, des aliénistes.

Le conseiller Voisin estime dangereux de maintenir un système qui repose sur le certificat de médecins non préparés par des études antérieures à donner une solution à cette question si redoutable, opinion partagée par Rivière.

Larnaude affirme « droit public, droit criminel, droit civil, voilà bien la trinité qui constitue la législation des aliénés », et il conclut, après la discussion : « Il faut restituer à la justice une prérogative qui n'aurait jamais dû cesser de lui appartenir... il faut aussi rassurer l'opinion publique... »

La même année, Coronat (1) analyse le projet Dubief ; il estime que l'on considère à tort la loi de 1838 comme insuffisante à protéger la liberté individuelle ; que les cas de séquestration arbitraire sont, sinon impossibles, du moins fort rares ; que la liberté individuelle sera toujours mieux garantie par le savoir et la probité des médecins spécialistes, que par l'intervention légale de personnalités incompetentes ; il craint que l'intervention judiciaire ne retarde l'internement et le traitement, et ne donne une publicité préjudiciable aux familles, etc...

Le troisième rapport Dubief (2)

Ce rapport demande que l'assistance des aliénés soit obligatoire, la création d'asiles spéciaux (alcooliques, épileptiques, idiots), la suppression dans dix ans des asiles privés, la surveillance des aliénés à domicile, la création d'asiles d'aliénés criminels, l'autorisation de placement par ordonnance du Président du Tribunal sur requête du Procureur de la République, etc...

Latapie (3) considère que la loi de 1838 est un chef-d'œuvre

(1) CORONAT. — *Des séquestrations arbitraires*. Toulouse, Dirion, 1904.

(2) DUBIEF. — Rapport. Chambre des Députés, 1906, n° 47, 12 juin 1906.

(3) LATAPIE. — *De la protection légale de la santé de l'aliéné*. Paris, Masson, 1906.

et se place au point de vue spécial que la législation actuelle ne donne pas de solution au problème de la santé du fou. Il est partisan du juge des aliénés qui aurait qualité d'autoriser les chirurgiens à intervenir pour opérer un dément lorsque les parents s'y opposent.

V. Parant (1) montre que la part du médecin est prépondérante à l'asile qui est un lieu de guérison, un hôpital, et que la loi Dubief est contraire à son but par les formalités qui sont des entraves aux soins immédiats ; il faut éviter les formalités préalables à l'internement, et renforcer le contrôle après l'entrée du malade.

Faüre (2) étudie le régime des aliénés et critique l'interdiction « inutile et suspectée ».

Giraud (3) rend compte de la discussion du projet Dubief et de son renvoi à la commission (13 juin 1906) et V. Parant (4) critique avec raison la complexité des rouages par l'intervention constante de l'autorité judiciaire, réclamée par l'opinion publique.

Dubief (5) fait paraître son livre sur le régime des aliénés. Il attaque les aliénistes, donne plusieurs citations qui leur sont défavorables et défend son projet de loi.

Lagriffe (6) dit que la loi Dubief est votée à la Chambre, que le projet est au Sénat, « que ce soit l'autorité administrative ou judiciaire qui ordonne l'internement, cela nous importe peu à nous, médecins ». Lagriffe signale que les commissions d'enquête, instituées par Clémenceau en 1905, n'ont vu que des malades et pas de séquestrations arbitraires ; il critique l'article 29 qui prévoit un service d'observation au chef-lieu de l'arrondissement, même s'il n'y a pas d'asile et il estime, sagement, que l'intervention judiciaire ne devrait se produire que pour les aliénés qui refusent de se laisser soigner.

(1) V. PARANT. — *Les garanties d'un traitement rapide dans la nouvelle proposition de loi sur les aliénés.* Ann. Méd.-Psych., 1907, I, p. 401.

(2) FAÛRE. — *De l'influence de l'aliénation mentale sur la capacité civile.* Thèse droit, Paris, Rousseau, 1907.

(3) GIRAUD. — *La révision de la loi de 1838.* Ann. Méd.-Psych., 1907, I, p. 177.

(4) V. PARANT. — *De quelques conséquences du nouveau projet de loi sur le régime des aliénés.* Ann. Méd.-Psych., I, p. 57.

(5) DUBIEF. — *Le régime des aliénés.* Paris, Rousset, 1909.

(6) LAGRIFFE. — *Quelques considérations sur l'assistance des aliénés.* Ann. Méd.-Psych., 1911, I, p. 243.

Le premier projet Paul Strauss au Sénat

Dans l'exposé des motifs du premier projet, P. Strauss (1) écrit que « l'intervention des tribunaux judiciaires lors de l'internement est parmi les premières nécessités, l'opinion publique la réclame impérieusement ». Il regrette que la loi de 1838 n'ait pas donné, aux autorités chargées du contrôle des asiles, une mission déterminée... « sans doute, les conséquences pratiques de ce défaut de la loi n'ont pas justifié la violence avec laquelle elle a été attaquée à la fin de l'Empire ».

Fillassier (2) a donné une bonne analyse du projet de Strauss, moins hostile aux médecins que les précédents.

Ce projet établit le principe de l'obligation des soins à donner aux aliénés; le terme aliéné est remplacé par celui de malade atteint d'affection mentale; suppression des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics dans 10 ans; autorisation du Gouvernement et caution pour diriger un asile privé — règlement de recrutement et de l'avancement de médecins des asiles; placements divisés en placement demandé (par la famille du malade) en placement ordonné (par l'autorité administrative ou judiciaire), en placement spontané ou demandé par le malade lui-même. Ces placements, demandé et ordonné, sont provisoires et ne deviennent définitifs qu'après décision en Chambre du Conseil du Tribunal saisi par le Procureur et dans un délai qui ne doit pas dépasser six mois. Le projet prévoit également une section des aliénés au Conseil Supérieur de l'Assistance publique, etc...

P. Strauss estime que si les précédentes tentatives de révision sont restées sans résultats, cela tient « soit de circonstances politiques, soit de difficultés d'un sujet qui met aux prises les intérêts de la sécurité publique avec ceux de la liberté individuelle et soulève à la fois les plus délicates questions de droit privé, de médecine légale, d'assistance et d'administration ». Il est probable aussi que les auteurs de ces projets (élaborés sous la pression d'une opinion publique mal informée) se sont rendu compte qu'ils n'étaient pas réalisables dans la pratique et que l'intervention judiciaire dans les placements entraînait à la fois des complications, des paperasses et des dépenses considérables.

(1) PAUL STRAUSS. — Rapport, Sénat, 1912, n° 324, Paris, impr. du Sénat, 1912.

(2) FILLASSIER. — La réforme de la loi de 1838. *Ann. Méd.-Psych.*, 1913, I, p. 685 et II, p. 37.

Malgré sa modération ce projet est inspiré du projet Roussel, et même du ridicule projet Gambetta. Il faut rassurer l'opinion publique en substituant « à l'arbitraire » du médecin un *jugement*.

A l'Académie de Médecine, une discussion met aux prises Gilbert-Ballet et Labbé (qui est Sénateur), et qui hésite à faire adopter un vœu proposé par Gilbert-Ballet, parce que ce vœu critique le Parlement. Labbé défend la loi Strauss pour des raisons étrangères à son contenu : « Cette loi est considérée comme votée. Le Sénat en a délibéré en 1884. La Chambre a voté le rapport Dubief, il ne reste que quelques formalités sans importance à accomplir au Sénat. » Gilbert-Ballet réplique que l'adoption de cette loi serait un « *malheur public* ».

V. Parant (1) signale que dans la discussion au Sénat, certaines protestations se sont élevées : de Cazeneuve, « je suis de ceux qui trouvent qu'on a fait trop bon marché d'un certain nombre de dispositions de la loi de 1838 ; nos vieilles lois ne sont pas mauvaises, ...surtout cette loi de 1838 ; de de Lamarzelle ; sur les termes imprécis de maladies mentales, qui remplace le mot aliéné. Il y a une discussion importante sur les asiles privés (qui sont maintenus) et sur la suppression du Concours spécial des asiles de la Seine.

Au Congrès du Puy (2), Gilbert-Ballet a fait adopter le vœu suivant que nous résumons ; l'intervention de l'autorité judiciaire devrait être limitée aux aliénés criminels et aux aliénés protestataires ».

Gilbert-Ballet (3) adresse une lettre aux Sénateurs où il montre que la loi lèse des intérêts respectables et est inopérante (la décision judiciaire n'empêcherait pas les internements arbitraires s'ils existent).

Ces protestations ont eu pour effet de provoquer une enquête auprès des Sociétés savantes sur la définition à donner aux mots affection mentale et aliénation mentale (4), à la demande du Ministre de l'Intérieur.

A la Société Médico-Psychologique, Gilbert-Ballet (5) fait obser-

(1) V. PARENT. — La loi sur le régime des aliénés au Sénat. *Ann. Méd.-Psych.*, 1914, I, p. 129.

(2) XXIII^e Congrès des aliénistes et neurologistes. Le Puy, 1913, Paris, Masson, 1914, p. 240.

(3) Gilbert BALLET. — Lettre aux sénateurs. *Ann. Méd.-Psych.*, 1914, I, p. 149.

(4) *Le projet de réforme de la loi de 1838*. Paris, Delaine, 1919.

(5) Société Médico-Psychologique, in *Ann. Méd.-Psych.*, 1914, I, p. 337-350-354.

ver que la consultation demandée par le Sénat aux Sociétés savantes aurait dû précéder les discussions parlementaires et montre le danger d'appliquer « l'internement judiciaire » à tous les malades actuellement dans les asiles.

René Charpentier (1) lit un excellent rapport où il définit les termes affection mentale et aliénation mentale, et, sur la proposition de Pactet, la Société conclut que : « Les dispositions de la loi de 1838, qui a déjà fait intervenir d'une façon régulière l'action de la magistrature, garantissent complètement la liberté individuelle, et il suffirait, pour protéger la Société avec plus d'efficacité, d'ajouter à cette loi des mesures judiciaires concernant les aliénés dit criminels. »

A la Société clinique de médecine mentale sont lues les réponses de la Société de médecine légale, de celle de neurologie, de celle de psychiatrie, et Colin affirme : « Pour les aliénés, pour les malades qui nous occupent, le maître de l'heure ce n'est pas le magistrat, c'est le médecin. », et il estime qu'il faut s'en tenir au terme « aliénation mentale ».

Le Syndicat des médecins de la Seine est également consulté. Dans un excellent rapport, Hartenberg fait une analyse du projet de loi et le critique ; il résume son opinion : « Pour parer à un danger chimérique et donner satisfaction à une opinion mal informée, on nous propose une législation arbitraire, vexatoire, inefficace et inapplicable. » Il propose la création de services ouverts pour les psychopathes.

Collart (2) estime qu'on ne saurait approuver les dispositions de ce projet de loi, et Mairet (3), après un historique de l'assistance aux aliénés, une étude de la loi de 1838, et des projets de révision, fait justice de la séquestration pseudo-arbitraire de Sandon ; il fait observer que la loi de 1838 reste toujours l'ossature des projets de révision.

La guerre interrompt les travaux du Sénat, mais il semble bien que de nombreuses hésitations se manifestaient dans l'Assemblée à adopter le premier projet Strauss.

LE PROJET GRINDA DEZARNAUDS (4) est déposé à la Chambre le 20 mai 1921. Il complète l'article premier de la loi par l'adjonc-

(1) René CHARPENTIER. — La révision de la loi sur les aliénés au Sénat. Définition des termes : affection mentale, aliénation mentale. *Ann. Méd.-Psych.*, 1914, I, p. 342.

(2) COLLART, Docteur en droit. — Contribution à la réforme de la loi de 1838. *Thèse médecine*. Paris, Lève, 1914.

(3) MAIRET. — *Le régime des aliénés*. Paris, Masson, 1914.

(4) LEGRAIN. — Le projet Grinda et l'hygiène mentale. *Ann. Méd.-Psych.*, 1922, I, p. 298.

tion de services ouverts, il réforme l'inspection et la surveillance des services d'aliénés ; il règle les conditions d'admission, la mise en observation préalable. Dans l'exposé des motifs, les auteurs du projet continuent les mêmes erreurs que les législateurs précédents et partagent les mêmes préjugés sur les séquestrations arbitraires, sur la loi de police, sur l'incompétence du médecin, sur son pouvoir exorbitant, « pouvoir absolu exercé sans contrôle..., pouvoir discrétionnaire plus étendu que celui du juge d'instruction... », « nulle autorité ne surveille le médecin s'il est négligent, ou timoré, ou malhonnête ». Ce projet prévoit une consultation pour les petits psychopathes, une clinique d'observation préalable et l'asile. (Il est certain que ces services seront confiés à des médecins dévoués, audacieux et honnêtes !).

LE PROJET STRAUSS 1928. — Raynier et Beaudoin en donnent le texte (1). Ce projet autorise les établissements privés ; il demande, soit des asiles spéciaux ou des annexes spéciales aux asiles pour les épileptiques, les anormaux, les alcooliques, les aliénés difficiles et les aliénés dits criminels ; il autorise les colonies familiales ; il rend l'assistance des aliénés obligatoire ; il limite le jour de placement provisoire dans les hôpitaux, il maintient l'intervention judiciaire pour les placements ; il autorise la création de services ouverts.

Marie (2), après quelques considérations historiques sur l'assistance des aliénés, parle de l'encombrement des asiles et préconise des institutions spéciales pour enfants, aliénés dangereux, alcooliques, assistance familiale, asile ouvert et hospitalisation de cas aigus, le patronage, les colonies, de convalescents.

Deltour (3), près une étude très consciencieuse et très documentée des projets de réforme, conclut que la loi de 1838 doit rester dans son armure essentielle : elle assure la protection de la liberté individuelle dans des conditions telles que, depuis plus de 90 ans qu'elle fonctionne, jamais les magistrats n'ont eu à intervenir pour punir un acte de séquestration arbitraire... il suffirait d'y apporter quelques retouches sur certains points ».

Après discussion du projet Strauss, le Sénat le renvoie de nouveau à la commission pour nouvel examen.

(1) RAYNIER et BEAUDOIN. — *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, p. 652 et 670.

(2) MARIE. — *La réforme de l'assistance aux aliénés*. Paris, Editions médicales, 1928.

(3) DELTOUR. — *Le régime des aliénés. Réforme de la loi de 1838. Thèse droit*, Paris, Chauny et Quinsac, 1930.

NOUVEAU PROJET STRAUSS 1932 (1). — C'est le dernier. Il autorise les établissements privés, les colonies familiales, l'assistance des aliénés est obligatoire ; les établissements privés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique, le Procureur de la République visitera dans un délai de trois mois tout malade placé volontairement ou d'office, et *pourra* saisir le tribunal qui délibérera en chambre du Conseil ; il crée des asiles pour aliénés criminels et des services ouverts.

Comme on le voit dans ce résumé, l'intervention de l'autorité judiciaire est limitée au cas où le Procureur de la République la demandera (art. 13).

Ce nouveau projet se rapproche de plus en plus de la loi de 1838. Après une nouvelle discussion au Sénat, les 22 et 29 novembre 1932, le projet est de nouveau renvoyé à la commission (2).

Dans cette discussion, P. Strauss rappelle que la loi de 1838 a été une loi d'assistance. Le Sénateur Labrousse affirme avec force : « Lorsque vous donnez à la magistrature le droit de déclarer qu'un individu est aliéné, lorsque vous frappez d'un jugement l'homme entré dans un asile d'aliénés, je prétends que c'est là faire œuvre essentiellement contraire à l'esprit moderne et aux droits de l'homme... » *Jamais on ne s'est aperçu que la loi de 1838 était aussi bonne que depuis que l'on essaie de discuter* (très bien, très bien).

Le Sénateur Labrousse rappelle que Thiers institua une commission pour rechercher les actes de séquestrations arbitraires. Cette commission n'a pas déposé de rapport parce qu'elle n'en a pas trouvé une seule qui fût authentique ». Le projet est de nouveau renvoyé à la commission.

LE PROJET DE LOI LÉCULIER : Ce dernier projet déposé à la Chambre des Députés le 7 février 1935, a fait l'objet d'un rapport du D^r Léculier le 7 juin 1935. Il pose en principe que la loi de 1838 est bonne, et qu'au lieu de la refaire, il vaudrait mieux se borner à en modifier les articles devenus caducs ou insuffisants.

Aussi la proposition n'apporte à la loi de 1838 que des modifications de détail :

Possibilité donnée au ministre de retirer l'approbation donnée aux asiles privés, limitation du nombre maximum de malades confiés à un seul médecin, autorisation aux départements de créer des colonies familiales, admission des asiles à la répartition

(1) Voir *Aliéniste français*, 1928, le texte et la discussion.

(2) P. STRAUSS. — Rapport supplémentaire. Sénat, 1932, n° 595.

des fonds provenant du pari mutuel et du produit des jeux ; sorties d'essai, limitation de la durée de la mise en observation dans les hôpitaux, amélioration de l'administration provisoire, le droit pour l'interdit d'en appeler à la justice contre son internement.

Ce projet n'a pas été discuté.

Nous signalerons, pour terminer, le violent réquisitoire de Lemoine (1) contre les médecins et contre la loi de 1838. Avec une documentation remarquable, Lemoine s'efforce de soutenir ce paradoxe qu'avant la loi de 1838 la liberté individuelle était mieux respectée, et il préfère le régime antérieur à la loi. Dans la *Revue parlementaire* (2), un anonyme analyse le livre de Lemoine, et il partage cette opinion de Lemoine qu'avant 1838 les internements arbitraires étaient peu nombreux et il conclut que seuls les tribunaux ont qualité pour trancher les questions relatives aux aliénés sans être liés par l'avis des médecins, que le jugement soit public et contradictoire, et que la loi doit fixer d'une manière rigoureuse les cas où l'internement doit avoir lieu.

Dernièrement Pierron (3) passe en revue, dans une thèse excellente, l'historique de l'assistance des aliénés, la loi de 1838 et ses garanties, les législations étrangères et les projets de réforme. La solution pour Pierron est de conserver la loi de 1838, et d'y apporter, comme dans le projet Léculier, des modifications qui en comblent les lacunes.

Conclusion

Dans cette étude, très objective, comme le montrent les nombreuses citations, j'ai voulu présenter chronologiquement, et avec autant d'impartialité que je l'ai pu, la genèse de la loi de 1838, les critiques qui en ont été faites, les attaques dont elle a été l'objet, les différents projets de révision, et les travaux faits sur ces projets.

De la lecture de mon exposé (4), il se dégage, à mon avis, quelques conclusions :

(1) LEMOINE. — *Le régime des aliénés et la liberté individuelle*. Paris, lib. du recueil Sirey, 1914.

(2) XXX. — *Le régime des aliénés et la séquestration arbitraire*, *Revue parlementaire*, 10 juillet 1934.

(3) R. PIERRON. — *Des internements arbitraires et du régime des psychopathes*. Thèse droit, Nancy, 1937.

(4) C'est intentionnellement que j'ai négligé dans mon exposé les questions de détail comme inspections générales, gestion des biens, dépenses des aliénés. Le but principal des projets étant de renforcer les garanties de liberté individuelle.

1° La loi de 1838 est une loi médicale. Elle a été inspirée par des médecins qui ont voulu, pour mieux traiter les aliénés, les placer dans des établissements créés pour ces malades.

2° Il est donc logique, quand on attaque la loi, d'attaquer les médecins, et, chose curieuse, certains parlementaires auteurs de projets de réforme, médecins eux-mêmes, comme Lafont, Dubief, Grinda, ont attaqué violemment les médecins.

3° Il n'y a pas eu de séquestrations arbitraires. Aucune enquête (en particulier celles de 1869 auprès des préfets et des Cours d'Appel) n'en a donné d'exemples. On cite toujours le cas de revendicateurs sortis des asiles. Actuellement, les campagnes de presse sont beaucoup moins violentes qu'à la fin du second Empire, et elles ne durent pas.

4° Tous les projets de réforme (sauf celui du D^r Léculier) ont été préparés sous la pression de l'opinion publique, qui, depuis longtemps (depuis la Bastille), croit aux séquestrations arbitraires. Toutes les nouvelles mesures de garantie n'ont d'autre but que de rassurer cette opinion publique.

5° Déjà, lors de la discussion de la loi de 1838, Odilon, Barrot et Isambert voulaient que l'internement soit ordonné par la justice. On reprendra toujours ce principe de droit que la question de liberté individuelle est du ressort des magistrats. Mais il faudra toujours un diagnostic, un avis médical. D'autre part, la lecture de mon exposé montre que de nombreux magistrats (et non des moindres) et de nombreux juristes sont hostiles à l'intervention des magistrats dans les placements.

6° Lors de la discussion de la loi de 1838, le Ministre de l'Intérieur montrait une méfiance à l'égard des établissements privés. Cette méfiance continue dans les divers projets de loi qui les tolèrent, qui les suppriment ou qui les contrôlent.

7° On accuse les médecins, et en particulier les experts-aliénistes, de n'être pas toujours d'un avis unanime. A propos des projets de réforme de la loi de 1838, nous croyons que les juristes ne sont pas toujours du même avis.

8° Depuis plus de soixante ans, aucun projet de réforme n'a abouti. A mesure que les Commissions, les rapporteurs étudient la question, à mesure que les projets sont discutés (quand ils le sont) dans les Assemblées, la loi de 1838, malgré les attaques violentes dont elle est l'objet, paraît meilleure que les projets eux-mêmes.

9° La loi de 1838 est bonne, elle est médicale, par l'intervention judiciaire après placement, elle garantit la liberté individuelle.

Tous les projets de réforme ont conservé son ossature. Les projets Strauss se rapprochent d'elle de plus en plus. La meilleure solution est de moderniser la loi, d'y apporter quelques retouches indispensables, dans l'esprit du projet Léculier.

10° Dans l'assistance des aliénés, qui comporte la privation de la liberté par mesure de sécurité, le rôle du médecin, sera toujours prépondérant.

Comme l'a écrit V. Parant, « pour garantir la liberté individuelle, rien ne vaut un examen personnel fait par un homme compétent qui engage sa responsabilité ».

*
**

Chronologie des projets de révision de la loi du 30 juin 1938

- 1867. — 2 juillet. — Commission d'Etudes au Sénat. Rapporteur Suin.
- 1869. — Enquête administrative. Commission extraparlamentaire présidée par le sénateur Boudet. Rapporteur Bastid.
- 1870. — 21 mars. — Proposition de loi Gambetta et Magnin à la Chambre des députés.
- 1870. — Le gouvernement de la Défense Nationale nomme une Commission présidée par Faustin-Hélie.
- 1869-1872. — Enquête et Etudes de la Société de législation comparée présidée par E. Bertrand.
- 1872. — 25 juillet. — Proposition de la loi Th. Roussel, Jozon et Desjardins devant l'Assemblée Nationale.
- 1878-1887. — Enquête par la Société générale des prisons.
- 1881. — 10 mars. — Nomination d'une nouvelle Commission extraparlamentaire pour préparer la révision de la loi.
- 1882. — 25 novembre. — Dépôt du Projet de loi au Sénat présenté par Fallières, ministre des cultes.
- 1884. — 20 mai. — Dépôt du rapport Roussel. Sénat. N° 157. Discuté au Sénat le 25 novembre 1886 et le 11 mars 1887.
- 1886. — Projet de loi Roussel. Sénat.
- 1887. — Projet de loi Roussel. Sénat. N° 53. Adopté le 14 décembre 1886 et le 11 mars 1887.
- 1889. — 12 juin. — Rapport de Bourneville à la Chambre des députés. Arch. Nat. 3994. Non discuté.
- 1890. — 3 décembre. — Projet de loi J. Reinach. Chambre des députés. Non discuté. N° 1059.

1891. — 21 décembre. — Rapport Lafont. Chambre des députés. Non discuté.
1892. — Projet de loi adopté par le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (*in* Proposition Reinach et Lafont).
1893. — 21 novembre. — Proposition de loi Reinach et Lafont. Chambre des députés. N° 9.
1894. — 19 février. — Rapport Lafont. Non discuté.
1896. — 27 novembre. — Rapport Dubief sur le projet Reinach et Lafont, et sur la proposition de loi Georges Berry (Placement dans les familles des idiots, déments et gâteux). Chambre des députés. N° 2.140, non discuté.
1898. — 8 juillet. — Proposition de loi Dubief sur le régime des aliénés. Chambre des députés. N° 211.
1898. — 23 décembre. — Rapport Dubief sur le régime des aliénés. Chambre des députés. N° 579.
1902. — 12 juin. — Proposition de loi Dubief. Chambre des députés. N° 47 (2 annexes), adopté en janvier 1907 et transmis au Sénat.
1911. — Rapport Gérente au Sénat.
1912. — 12 juillet. — Rapport Strauss au Sénat. N° 324. Discuté en 1913 et en 1914.
1921. — 20 mai. — Projet Grinda-Dezarnauds à la Chambre des députés. N° 2.658.
1922. — Rapport Briand au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. 2^e session.
1924. — 11 janvier. — Rapport Strauss au Sénat. N° 8.
1925. — Proposition Fié à la Chambre des députés sur les services ouverts.
1928. — 7 juillet. — Rapport Strauss, Sénat. N° 658.
1932. — 23 juin. — Rapport supplémentaire Strauss, Sénat. N° 595.
1935. — 7 février. — Proposition de loi Léculier. Chambre des Députés. N° 4.648.
1935. — 7 juin. — Rapport Léculier. Chambre des députés. N° 5.415.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 12 Mai 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

Syndrome préfrontal au cours d'une psychose hallucinatoire chronique. Hémorragies méningées puis hémorragie ventriculaire terminale. Etude anatomo-clinique, par MM. P. CHATAGNON, P. SCHERRER et M^{lle} C. CHATAGNON.

OBSERVATION. — Mme L..., 48 ans, entre en janvier 1936 à l'Infirmerie Spéciale parce qu'elle a provoqué volontairement un début d'incendie dans son immeuble. Il y a amnésie partielle de cet incident, « survenu probablement lors d'un état d'alcoolisme aigu ou d'une bouffée confusionnelle », dit le certificat.

A son entrée dans notre service, en février 1936, nous relevons dans ses antécédents héréditaires : le décès de son père survenu à 36 ans, de congestion pulmonaire, — le décès de sa mère à 44 ans, — elle a un frère décédé de tuberculose, — 2 sœurs sont également décédées d'affections inconnues.

Au point de vue de ses antécédents personnels, on ne note aucune maladie d'enfance grave, les menstruations s'établissent à 14 ans, puis ont été régulières.

Mme L... se marie à 24 ans et a 2 enfants : un fils ayant actuellement 25 ans, bien portant, et une fille de 17 ans, également en bonne santé.

Histoire de la maladie : les troubles semblent remonter à l'année 1926 et être caractérisés par des phénomènes d'automatisme mental avec sensations intuitives, de pensées devancées et surtout par une altération du caractère avec irritabilité et instabilité, manifestations

qui vont croissant avec l'organisation de la psychose et qui aboutissent en 1936, au départ de la malade du foyer familial.

De fait, nous nous trouvons en présence d'un délire hallucinatoire chronique de persécution s'accompagnant d'un syndrome d'influence avec impulsions verbales motrices et phénomènes d'arrêt. Le délire de persécution est banal : L... croit qu'on lui veut du mal et désigne pertinemment ses persécuteurs. Un complot est monté contre elle, tout a été fait pour diviser son ménage, l'obligeant à s'en aller honteusement, à quitter le domicile conjugal.

Elle unit alors son malheur à celui d'un brave jardinier avec qui elle va vivre, mais une équipe de locataires se met en tête de l'obliger à verser à la concierge de forts deniers à Dieu, sinon c'est l'obligation du déménagement.

Ces locataires s'imaginaient qu'elle s'occupait d'eux, ils l'épiaient alors qu'elle faisait sa toilette, ils suivaient ses allées et venues et la devançaient même chez le commissaire.

Quand elle eut perdu son travail on se renseignait sur elle, l'un des locataires s'était même déguisé en policier. On désirait la faire passer pour voleuse et folle, c'est pourquoi elle désirait avoir une explication au commissariat en présence de ses patrons, de ses voisins et de sa concierge.

Le syndrome d'influence est très actif, elle avait l'impression qu'on la dirigeait, qu'on la menait, qu'on engourdissait ses poignets. Tout est sujet à interprétation : elle entend ses persécuteurs causer et sourire, — elle répond à ses interlocuteurs et elle joint souvent le geste à la parole.

Nous verrons ultérieurement des hallucinations visuelles d'un caractère spécial se manifester. Il n'y a pas d'hallucinations génitales ni d'autres troubles de la cénesthésie.

Les réactions de L... sont les réactions banales de la psychose hallucinatoire chronique : hallucinée et persécutée, elle change de domicile et de vie, se plaint au commissaire, fuit, continuellement pourchassée. Consciente des troubles qu'elle subit, elle se réfugie à la consultation de l'hôpital de la Pitié où elle semble avoir manifesté des troubles que nous allons avoir l'occasion de décrire par la suite.

L'examen physique à ce moment décèle une petite asymétrie faciale, très nette sur la photographie, une légère diminution de la fente palpébrale droite, les pupilles égales réagissent à la lumière et à l'accommodation. Il n'y a pas de troubles de la musculature extrinsèque, — les réflexes tendineux sont vifs. L'excitation de la plante des pieds détermine la flexion des gros orteils. Il y a du tremblement des extrémités. Au point de vue pulmonaire, des phénomènes bronchitiques diffus évoluent sans fièvre. Le subictère conjonctival mentionné sur le certificat d'entrée a disparu. Il n'y a pas de douleur à la pression des masses musculaires et l'examen ne révèle aucun signe d'intoxication éthylique. Il y a de gros signes de déséquilibre émotionnel avec tachycardie et tremblement.

L'évolution de cette psychose hallucinatoire sera celle d'une psychose hallucinatoire agitée. L'excitation est toujours très grande, les impulsions tant verbales que motrices présentent un caractère de violence et de causticité. L... profère des menaces, jette assiettes et timbales dans la direction de ses compagnes, renverse les lits, — elle suit également la visite en faisant ce qu'elle appelle le « salut à la Française », sorte de salut militaire accompagné de danses et de chants.

Elle commente le passage du médecin par des réflexions plus ou moins humoristiques.

Ces impulsions ont un caractère d'ordre impérieux dont elle a conscience et qu'elle exécute malgré elle. L'ordre hallucinatoire est absolument irrésistible, quelques instants après, elle s'excuse avec sincérité de ses excès de langage ou de geste, mais insiste à la manière des obsédés pour qu'on ne s'oppose jamais à la réalisation de ses obsessions et impulsions, toute opposition se traduisant par un état d'anxiété qui lui est atrocement pénible. Les impulsions surviennent par bouffées, les réflexions caustiques et les jeux de mots sont presque continus.

Dès juin 1936, on est frappé par les troubles mnésiques qui apparaissent certains jours d'une façon beaucoup plus intense. Ces troubles mnésiques portent surtout sur les faits récents et ils sont nettement caractérisés et ressentis par la malade, laquelle, au cours de notre examen, nous répète : « Ne me dites pas trop à la fois, je ne m'en souviendrais pas. »

En juillet 1936, au cours d'une crise d'agitation où elle saisit un pot de fleurs pour le projeter à la tête des infirmières, elle est prise d'une syncope nécessitant l'alitement, les crises d'agitation se répètent.

En octobre 1936 apparaît une phlébite de la jambe droite (cordon veineux apparent sur une longueur de 12 cm. environ), — l'immobilisation est impossible à obtenir. Malgré la station debout, le travail effectué, l'agitation et les danses continues, il n'y a pas de complication cardiaque, le cordon phlébitique s'atténue, puis disparaît au bout de quelques jours, sans fièvre.

D'octobre 1936 à avril 1937, le tableau clinique ne varie pas : même état d'agitation, mêmes symptômes mentaux parmi lesquels on relève fréquemment des troubles de la mémoire : la malade ne se souvient pas le lendemain ou le jour même des excentricités, des propos malveillants, ironiques ou grivois qu'elle vient de tenir.

Si nous faisons le bilan des manifestations morbides, nous sommes frappés :

1° Par le caractère inhabituel de l'excitation psychique, de l'agitation motrice avec gestes brutaux, souvent réfrénés spontanément du reste, et des inhibitions au cours d'une psychose hallucinatoire à ce stade.

2° Par certains symptômes tels que l'euphorie agitée, exprimée par les chants et les danses, les propos pouvant être interprétés comme

relevant de la fuite des idées et de caractère caustique, ironique ou grivois.

3° Par l'amnésie.

4° Par certains symptômes physiques parmi lesquels : le déséquilibre émotionnel (tachycardie et instabilité du rythme cardiaque, tremblement, réactions vaso-motrices de la face et du cou avec rougeur et pâleur subites, crises de transpiration).

C'est alors qu'à partir du 28 avril 1937 on assiste au déroulement du tableau typique d'une hémorragie méningée à répétition.

Soudainement, au cours d'une de ces crises d'agitation motrice, L... est prise d'un état syncopal ; ressentant brusquement une violente douleur à la nuque, un véritable coup de massue, s'accompagnant immédiatement d'une sensation bizarre dans tout le corps « comme si les fibres se tordaient ». Alitée, elle accuse une céphalée violente, — a des vomissements bilieux accompagnant un abattement considérable. — L'agitation disparaît, — le visage est pâle, — la parole est calme, — elle ne fait plus ni plaisanteries, ni jeux de mots, — elle a conscience de son état et s'en inquiète avec une certaine inquiétude.

Le 1^{er} mai 1937, après une nuit d'insomnie, alors que les gesticulations et l'agitation motrice ont totalement disparu, on est frappé :

1° de l'état d'abattement et de calme de la malade qui s'entretient très pertinemment avec nous ;

2° et surtout de l'apparition d'un syndrome méningé caractérisé par de la céphalée, diffuse, des vomissements bilieux s'accompagnant de constipation, d'algies des membres inférieurs (jambes surtout et du rachis), de raideur de la nuque : la flexion de la tête étant très douloureuse et il est impossible de ramener le menton sur le plan thoracique, le signe de Kernig est seulement ébauché. Les réflexes cutanés abdominaux sont abolis, sauf, le droit supérieur, — le réflexe rotulien à droite est aboli et faible à gauche. Les réflexes achilléens existent. Les réflexes cutanés plantaires sont faibles en flexion. Il y a quelques troubles vaso-moteurs, mais pas de raie méningitique à proprement parler. Le pouls est à 60 bien frappé. La T.A. est à 16/8 (auscultatoire).

Par ponction en décubitus latéral, on trouve un liquide hémorragique ; après extraction de 15 cm³ environ, la tension est de 14.

Les 2, 3 et 4 mai, tableau clinique identique : le sommeil est meilleur, mais les algies des jambes et de la région lombaire sont plus intenses. La céphalée est atténuée.

L... a eu cependant des hallucinations psycho-motrices : se trouve dans l'obligation de chanter très bas des chansons enfantines.

Le 5 mai, hallucinations visuelles : a vu de belles jeunes filles en bleu — et hallucinations psycho-motrices : elle a été obligée de chanter tout bas.

Durant la nuit du 5 au 6, dès qu'elle baisse les paupières, elle assiste

à un défilé, de gauche à droite, de visions durant l'espace d'un éclair : elle voit en grandeur naturelle et en relief comme dans la nature, des images muettes et colorées : des montagnes, des prés, des ruisseaux, des fleurs et en particulier des myosotis et des géraniums. Les tons vert et bleu sont éclatants, brillants, très beaux, plus beaux que naturellement. Outre les paysages colorés, elle voit des bêtes apocalyptiques assises, tirées par des ouvriers, elle voit des machines actionnées par des ouvriers et descendant au fil de l'eau. Des maisons aux toits de chaume s'effondrent. Ces scènes muettes ne sont pas peuplées de personnages connus. Ces visions disparaissent par évanouissement. En ouvrant les paupières tout disparaît, en les fermant, elle ne perçoit parfois qu'une plaque noire avec un point blanc au milieu ou bien des défilés : des images, des champs ininterrompus. Notons que la malade n'a pas absorbé d'hypnotiques depuis le 28 février 1937.

Le 8 mai, les hallucinations persistent : L... voit passer devant ses yeux des champs immenses et des cours d'eau, des morceaux de fonte apportés par l'eau courante.

L'examen oculaire pratiqué le 9 mai par le docteur Bégue ne révèle aucune paralysie des muscles de l'œil, pas de lésions du fond de l'œil. Les fentes sont un peu dilatées, mais sans stase, ni hémorragie.

Le 10 mai : reprise de l'hémorragie cérébro-méningée avec céphalée intense, congestion de la face, frissons, tremblement, rachialgies et algies violentes des membres inférieurs arrachant des cris et des gémissements ininterrompus.

La T.A. est de 15 1/2-9.

La ponction lombaire ramène un liquide sanglant. La tension est de 40 après extraction de liquide céphalo-rachidien.

La température, le soir, s'élève à 38°6.

Les jours suivants, des symptômes méningés dominent toujours. La contracture de la nuque est très intense, — les vomissements bilieux, — les algies (rachis, membres inférieurs, mollets) très marqués, mais s'atténuant cependant par instant au point de permettre à la malade des nuits paisibles.

Le 18 mai, au matin, le malaise général s'accuse avec nausées et vomissements. A l'examen, on est frappé de la pâleur du faciès, de l'attitude : tête reportée en arrière par contracture de la nuque. La position en chien de fusil est souvent adoptée. Il y a du Kernig. La pression au niveau des trous sous-orbitaires réveille une douleur vive. Le pouls est bien frappé, ample et régulier.

A peine cet examen est-il terminé que, soudainement, on assiste à une perte de connaissance brusque s'accompagnant de résolution générale : le faciès est très pâle, une transpiration abondante couvre le corps, la respiration est lente (8 à la minute), les bruits du cœur sont ralentis (50 pulsations à la minute) et arythmiques. On pratique immédiatement une injection hypodermique de 5 cm³ d'huile camphrée, de 0 cgr. 05 de spartéine, puis de 1 cm³ d'éther, de 0 cgr. 01 de chlorhydrate de morphine.

Au bout de quelques minutes, on voit apparaître un rythme couplé du pouls qui ira se régularisant.

Mais ce qui frappe surtout, c'est l'apparition d'une agitation convulsive, très spéciale, marquée par une contracture et des gesticulations de la face et des membres supérieurs : la face grimace ; les muscles masticateurs et les muscles du cou contractés entraînent des morsures de la langue ; puis la langue est projetée hors de la bouche effectuant un mouvement de balayage latéral ; le maxillaire inférieur effectue des mouvements de latéralité ; les lèvres sont aspirées dans la bouche qui se ferme brusquement, puis la bouche s'ouvre toute grande pour des cris inarticulés qui se produisent régulièrement à la fin d'une grande inspiration.

Les muscles du cou se contractent violemment, entraînant des mouvements de hochement de tête ; les globes oculaires roulent dans les cavités orbitaires, les paupières ouvertes au maximum, le visage présente un aspect terrifiant.

Les membres supérieurs sont le siège de convulsions atypiques affectant certains rapports avec des mouvements athétosiques et de ballisme. Les mouvements sont d'abord lents, la main droite passant sur le visage remonte sur la tête, puis redescend. A gauche, les mouvements sont moins marqués. Quelques cris : « Hi... Ha... ». Le plus souvent, l'inspiration ponctue les mouvements.

Vingt minutes après les injections, l'amplitude des gesticulations s'accroît : il y a des mouvements du bras gauche dans le sens horizontal avec mouvements rectilignes de la main gauche, le bras étant en supination tourne dans le même sens, puis l'élévation et l'abaissement du bras gauche suit en sens inverse les mouvements du bras droit qui sont de très grande amplitude.

La tête est en hyperextension, tournée à droite avec déviation des globes oculaires à droite.

Puis la malade semble entrer dans une phase comateuse, les avant-bras en contracture, puis en relâchement, sont repliés vers le cou.

L'obtusion de la conscience persiste tout l'après-midi. La malade pousse quelques cris : « Hi... Ha... ». On constate le roulement des globes oculaires dans l'orbite ainsi que les mouvements automatiques des deux mains portées à la nuque.

La ponction lombaire permet de retirer un liquide céphalo-rachidien hémorragique. La tension artérielle (palpatoire) prise à 21 h. est de 11 1/2-8 1/2.

Du 19 au 23 mai, le syndrome méningé avec rachialgies et algies des membres inférieurs, raideur de la nuque, céphalée, attitude en chien de fusil, Kernig, photophobie (à noter l'absence de Babinski et de troubles vaso-moteurs) demeure très marqué.

Le 26 mai : rétention d'urine.

Le même jour, à minuit, nouvel ictus avec état comateux, mouvements de va-et-vient et de léchage de la langue ; grimaces du visage avec déplacement latéral du maxillaire inférieur et mâchonnement ;

trémulation du bras gauche, Babinski en flexion. Ponction lombaire = liquide hémorragique.

Le lendemain : abattement et semi-mutisme, mais persistance du syndrome méningé. La déglutition des liquides devient difficile.

Les 28 et 29 mai : rétention d'urine nécessitant un sondage.

Le 30 : amélioration. La malade est très présente et les troubles psycho-sensoriels semblent avoir disparu. Il y a miction spontanée, mais le syndrome méningé est tout aussi marqué. La raideur et la céphalée sont même plus intenses.

Le 31 mai : la malade paraît très fatiguée. Le mutisme est absolu, il y a une petite agitation des doigts qui vont de gauche à droite en mouvements de reptation. Des troubles trophiques caractérisés par 2 phlyctènes (de la dimension d'une pièce de 5 francs) au bord interne du pied droit au niveau du 1^{er} métatarsien, l'autre au niveau de la tête du 1^{er} métatarsien, de la plante du pied gauche, viennent s'ajouter à une escarre sacrée apparue quelques jours auparavant. Durant l'après-midi, décès en plein coma avec température à 40°5.

La courbe thermique révèle, du 27 avril au 31 mai, trois phases pyrétiques accompagnées de poussées hémorragiques et succédant aux ponctions lombaires des 1^{er}-10-18 et 26 mai, lesquelles révélèrent toutes la présence d'un liquide hémorragique.

EXAMENS DE LABORATOIRE :

Les urines : légèrement acides, ne contiennent ni sucres, ni albumine. La diurèse est normale.

Le sang : temps de saignement : 4 minutes.

Le liquide céphalo-rachidien : 4 ponctions lombaires ont été pratiquées : les 1^{er}-10-18 et 26 mai. Toutes ont permis de recueillir un liquide sanglant.

Caractères macroscopiques : recueilli dans trois tubes : chacun de ceux-ci est uniformément teinté en rouge.

Après repos : les globules rouges se sédimentent et forment un culot hématique, par agitation les globules se remélangent au liquide surnageant : il n'y a donc pas de coagulum fibrineux. Le liquide surnageant était légèrement xanthochromique dans la ponction du 1^{er} mai ; les 3 ponctions suivantes donnaient un liquide rosé.

Caractères microscopiques : les globules rouges étaient très altérés lors de la première ponction et ils l'ont été de moins en moins dans le liquide des ponctions suivantes. Le nombre a été croissant : allant de 3.000 par millimètre cube le 1^{er} mai à 600.000 le 26 mai.

Les globules blancs ont été plus aisément reconnus lors de l'examen des derniers liquides (18 et 26 mai).

L'établissement de la formule leucocytaire n'a révélé rien de particulier.

Caractères chimiques du liquide céphalo-rachidien : dans le liquide centrifugé on trouve une hyperalbuminose à 0 gr. 75 et une hyperglycorachie à 0 gr. 80 par litre. L'urée est à 0 gr. 40, donc normale.

Caractères bactériologiques : l'examen direct ne décèle pas de germes caractéristiques (méningocoques, pneumocoques, streptocoques, bacille de Koch), non plus que de spirochètes ;

L'inoculation pratiquée à deux cobayes le 10 mai (l'un recevant 2 cc. de liquide céphalo-rachidien et l'autre 6 cc. du même liquide) ne détermina qu'une fébricule durant une dizaine de jours dans le 1^{er} cas et six jours dans le 2^e cas — sans modifier le poids des animaux. L'examen du sang des animaux ne permit pas de déceler de bacille de Koch. L'autopsie pratiquée six semaines plus tard montra des viscères normaux et nulle adénopathie (thorax-abdomen).

La réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien est négative.

EXAMEN ANATOMIQUE : autopsie le 2 juin 1937.

Cou et thorax : corps thyroïde : volume, aspect, coupe = normal. Appareil pleuro-pulmonaire. Plèvres libres.

Poumon droit : congestion par stase des deux lobes inférieurs.

Poumon gauche : normal. Existence de deux petits lobes cardiaques.

Cœur et pédicule vasculaire. Péricarde normal, — à l'incision : 8 cm³ de liquide citrin.

Cœur : légèrement dilaté. Myocarde : aspect normal à la coupe. Endocarde : petit épaississement du bord valvulaire, surtout au niveau de la mitrale, mais sans prolifération.

Aorte : souple, — de volume normal. Orifices et trajet des coronaires normaux. Sigmoïdes normales. Aorte thoracique : pas d'athérome.

Artère pulmonaire : normale.

Pas d'adénopathies médiastinales non plus que dans les hiles pulmonaires.

Les vaisseaux mammaires. Les sous-clavières, l'origine des carotides sont normaux, sans athérome.

Abdomen : vaste tache verte abdominale. A l'ouverture, l'épiploon est rétracté et se présente sous forme d'une corde à la partie haute de l'abdomen.

Foie : volume, aspect, coupe : normal. Voies biliaires libres. Pas de lithiase.

Rate : volume, aspect, coupe : normal. Poids : 85 gr.

Pas d'adénopathies au niveau du mésentère.

Tube digestif normal.

Pancréas : aspect, volume, coupe : normal.

Surrénales : normales, mais phénomènes de cadavérisation.

Reins : droit et gauche : normaux. Uretères et bassinets : normaux.

Vessie : normale.

Utérus : fibromateux, gros fibrome intra-mural-latéral du volume d'une petite orange.

Aorte abdominale : souple sur toute son étendue. Pas de plaques d'athérome.

Veine cave et veine porte : normales.

Les artères des membres sont souples, sans athérome.

Encéphale : pas de lésions des os du crâne : épaisseur normale. Pas d'adhérences de la dure-mère.

ASPECT MACROSCOPIQUE. — On est frappé sur le crâne en place : 1° par l'atrophie de l'hémisphère droit, la rétraction atteint sur le diamètre antéro-postérieur 2 à 3 cm. ; 2° par des hémorragies méningées : suffusions hémorragiques diffuses et plus marquées au niveau des régions frontales et pariétales droites et gauches.

Sur la base de l'encéphale on note une pigmentation brune très marquée : le tronc basilaire n'est pas athéromateux. Les artères ophtalmiques sont béantes. Les branches des artères sylviennes, surtout à gauche, sont rupturées et thrombosées.

La région du chiasma, des pédoncules, de la protubérance et du bulbe sont entourés de caillots mous, rougeâtres, où l'on distingue les artères de la base. Les parois de ces vaisseaux sont béantes, mais peu épaissies.

A la surface du cerveau, les scissures et les circonvolutions sont normales, mais sur les méninges molles : vastes placards hémorragiques et turgescence des vaisseaux surtout au niveau des régions frontale, pariétale droite et gauche et jusqu'au niveau de la région occipitale. Les vaisseaux et la meninge molle de la scissure inter-hémisphérique sont très congestionnés. Zones hémorragiques sur le bord et les faces supérieures du cervelet.

A la coupe : les ventricules sont remplis de sang liquide et de caillots, l'hémorragie a manifestement son point de départ au niveau de la corne frontale du ventricule latéral gauche. Le sang diffuse dans le 3° ventricule et jusque dans l'aqueduc de Sylvius. Les cavités ne sont pas dilatées.

Le foyer hémorragique organisé occupe sur la face inférieure du cerveau la zone comprise en avant des bandelettes optiques et de l'extrémité postérieure des circonvolutions olfactives externe et interne ; du volume d'une noix, il affleure au prolongement frontal du ventricule latéral ; il s'est développé aux dépens : soit de la portion terminale de la carotide interne gauche, soit d'une de ses branches : cérébrale antérieure, soit plutôt aux dépens d'une des branches de la cérébrale moyenne.

Au niveau du lobe frontal gauche, pointe de F²F³ : zone de ramollissement.

Le corps de Luys gauche — ainsi que les portions antérieures des noyaux gris centraux ne sont pas intéressés par la zone hémorragique. A droite : région sous-thalamique normale.

Corps calleux, pédoncules cérébraux, protubérance et bulbe, cervelet : normaux à la coupe.

ASPECT MICROSCOPIQUE. — *Méninges* : molles (hématoxylène — Van Gieson). Légèrement épaissies (lymphocytes et fibroblastes), surtout

au niveau des zones pariétales. Les vaisseaux sont augmentés de volume, quelques artères présentent une hyperplasie des tuniques moyenne et interne. Pas de périartérite. Il n'y a pas d'inflammation des capillaires du tissu nerveux.

Foyer de ramollissement. — Lobe frontal gauche. Au niveau de la pointe des 1^{re} et 2^e circonvolutions frontales, intéressé la substance blanche et la couche zonale de l'écorce (dimension, une amande), cellules granuleuses et hypertrophie névroglique. Corps granuleux et gros macrophages infiltrent le parenchyme au delà de la partie nécrobiotique. Vaisseaux oblitérés et déformation de leurs parois.

Foyer hémorragique. — A cu pour point de départ les branches de la Sylvienne gauche. Au voisinage de l'hémorragie, imbibition sanguine de la substance blanche avec aplatissement des capillaires. Le coagulum forme une masse arrondie du volume d'une noix de 2 cm. 5 de diamètre. Mince couche conjonctive l'entourant, fibres collagènes avec érythrocytes et lymphocytes. Par la méthode au bleu : nombreuses cellules granuleuses renfermant des pigments ferriques à la périphérie de l'hémorragie. Dans l'épaisseur du caillot : deux petits îlots de substance nerveuse dont les cellules sont dégénérées. Il n'est pas possible de reconnaître les éléments des parois du vaisseau (anévrisme ?).

Corps calleux, pédoncules, protubérance, bulbe : rien d'anormal à signaler.

Foie : aspect normal des travées hépatiques.

Reins : glomérules normaux. Pas d'hyperhémie des substances corticale et médullaire.

Corps fibreux utérin : tumeur bien limitée. Tourbillons conjonctifs à éléments cellulaires normaux, important réseau fibrillaire collagène.

CONSIDÉRATIONS. — Nous notons : 1° Une atrophie de l'hémisphère droit.

2° Au niveau de l'hémisphère gauche : a) un foyer hémorragique en voie d'organisation siégeant à l'extrémité des circonvolutions sous-orbitaires et faisant saillie dans la corne frontale du ventricule latéral : c'est de là qu'est partie l'hémorragie terminale intra-ventriculaire, — de là également qu'a poussé en avant vers la pointe du lobe frontal gauche le foyer de ramollissement ; b) un foyer d'encéphalomalacie à la pointe de F²F³.

3° De la congestion des vaisseaux dure-mériens et surtout pie-mériens avec extravasats sanguins maxima au niveau des régions frontales supérieures, pariétales, s'étendant jusqu'aux lobes occipitaux droits et gauches.

4° Des hémorragies de la base : se faisant électivement au niveau du chiasma optique de la surface basilaire et de la vallée sylvienne gauche ; ce sont ces hémorragies à répétition dont

l'écoulement de sang se faisant dans le canal rachidien ont déterminé l'apparition du syndrome méningé typique s'accompagnant de poussées thermiques. Au total : deux foyers d'hémorragies : l'un à la base du crâne, l'autre au niveau des ventricules latéraux.

Ces hémorragies se sont faites en plusieurs temps pour aboutir à l'inondation ventriculaire terminale.

Les constatations anatomiques nous permettent-elles de comprendre certains éléments de la symptomatologie ?

I. *Le syndrome préfrontal*, constitué par une euphorie enjouée avec excitation de type maniaque, une amnésie de fixation et d'évocation, semble bien être déterminé par les troubles des voies du réflexe préfrontal, troubles causés 1° par l'hémorragie en voie d'organisation du lobe frontal gauche agissant à la façon d'une tumeur frontale, et 2° le ramollissement s'étendant jusqu'à la pointe des circonvolutions F² et F³ gauches. Notons cependant que la triade symptomatique du syndrome préfrontal n'est pas totale : si l'amnésie de fixation et l'irritabilité existent, par contre l'apathie ne s'est jamais manifestée. Ce cas viendrait donc s'ajouter aux très nombreux faits signalés de lésions unilatérales et aux deux cas de lésions préfrontales bilatérales par foyers vasculaires de Zacher (*Neurol. Zent. Bl.*, 1901, p. 1074) et de Mabillet et Pitres (sur un cas d'amnésie de fixation post-apoplectique ayant persisté pendant 25 ans, *Revue de Médecine*, 1913, p. 257).

Nous avons minutieusement rapporté l'apparition de grimaces de la face (secousses cloniques des muscles oculaires, orbiculaire des lèvres, de la langue, des masticateurs) accompagnant des mouvements rythmés et choréiques des membres supérieurs avec athétose au niveau de la main, qui ressemblaient à ce que certains auteurs ont décrit sous le nom de ballisme aigu. Si nous rapprochons notre cas de ceux rapportés par Von Economo (cité par Fischer) ; par O. Fischer (*Prague Z. f. grs. Neurol.* 7-1911-463) ; par Jacob (*Die extrapyr. erkrankungen*, Berlin Springer, 1923) ; par Myslivek ; par J. Pelnar et H. Sikl (*Revue neurol.*, 1929, t. II, p. 328) qui trouvaient l'hémorragie circonscrite du corps de Luys et rappelaient l'importance de l'athétose et de l'action régulatrice sur les changements phasiques du tonus du système des fléchisseurs, nous constatons que, sur notre pièce, l'hémorragie n'intéresse pas le corps de Luys directement.

II. *Le syndrome méningé*. — Nous avons déjà précisé le siège des plages hémorragiques : convexité avec irritation des zones

motrices, et base : expliquant l'irritation des méninges rachidiennes et l'intensité du tableau méningitique. Insistons sur le fait que l'hémorragie qui s'est développée à plusieurs reprises, s'accompagnait chaque fois d'une fébricule de plusieurs jours entre 38° et 39° (1^{er} mai 1937, 10 mai, 19 mai). Il est à peu près certain que l'extravasation sanguine primitive, celle qui fut à l'origine du coagulum frontal, eut lieu antérieurement au 1^{er} mai 1937, si l'on en juge d'après les caractères anatomiques du coagulum qui apparaît stratifié et comme enkysté dans le tissu nerveux.

L'hémorragie méningée est relativement fréquente en pathologie nerveuse, mais notre observation pose une difficile question de diagnostic étiologique. Parmi toutes les causes possibles, nous ne retiendrons que trois éventualités :

a) *L'alcool* : le médecin qui constata le premier les troubles mentaux de la malade les mit sur le compte de l'intoxication éthylique d'autant plus que le déséquilibre émotionnel avec tachycardie, tremblement, troubles vaso-moteurs, etc..., joints à la notion de l'activité sociale (la malade travaillait dans un café) en imposaient assez en faveur de cette hypothèse. Or, aucun examen bio-chimique des urines et du sang ne vint confirmer ce point de vue, et lorsqu'il nous fut donné d'examiner la malade, aucun symptôme d'imprégnation éthylique ne put être relevé. La malade, de forte valeur morale, affirma de la façon la plus formelle son abstinence totale de toute boisson alcoolique et sa vie, durant son séjour dans notre service, fut une illustration de sa sobriété antérieure. Au reste, l'examen viscéral, en particulier du foie, ne nous révéla aucune sclérose, aucune lésion d'ordre toxique.

Il en est de l'alcool comme il en est de l'hystérie : un grand nombre de manifestations morbides leur sont reprochés et dont ils sont innocents. C'est un point sur lequel les notions classiques psychiatriques ont besoin de retouches.

Intoxication éthylique chronique, fragilité vasculaire, hémorragie méningée : cet enchaînement ne satisfait pas notre entendement, parce qu'il ne correspond pas à nos constatations cliniques et anatomiques.

b) Notre malade aurait-elle eu une infection aiguë ? non ; chronique ? la *syphilis* ? Rien dans les antécédents personnels, rien dans les examens humoraux ne permet de suspecter la syphilis et cependant nous constatons au niveau des vaisseaux de l'encéphale une hyperplasie nette des tunique vasculaires. Notons, en outre, que les gros vaisseaux de la base du crâne ne

sont pas augmentés de calibre, ne sont pas sclérosés et que dans nul territoire viscéral, non plus que sur les artères des membres et sur l'aorte, nous n'avons pu déceler de plaques d'athérome.

c) Il est particulièrement fréquent de constater une *hypertension artérielle* au cours de l'évolution d'une fibromatose utérine, surtout chez une femme à l'âge de la ménopause. Ici la tension était normale : 15-9 et il n'y a pas eu d'à-coup hypertensif lors des reprises d'hémorragie intra-cranienne. L'examen anatomique du rein a montré celui-ci normal. Donc pas de néphrite.

III. *L'atrophie de l'hémisphère droit.* — Nous avons souligné l'importance des manifestations de dysrégulation vago-sympathique traduites par : le tremblement des extrémités, la maladresse et l'instabilité motrice, les réactions vaso-motrices avec brusques alternatives de pâleur et de rougeur de la face et du cou, les poussées subites de transpiration, les algies fugaces, qui en imposaient pour des symptômes pathognomoniques d'intoxication éthylique et qui n'étaient, en réalité, que la traduction de l'irritation des centres neuro-végétatifs au niveau de l'encéphale. Mais quel était le point de départ de cet éréthisme vasculaire et de cette fragilité vasculaire ?

Il y a là, pour nous, une inconnue. Nous risquerons toutefois une hypothèse : Mme L... a une hérédité chargée : son père, sa mère, ses frères et sœur sont décédés précocément et d'affection tuberculeuse semble-t-il. Or, l'on sait comment la syphilis touche l'œuf, l'on sait également comment la tuberculose frappe l'embryon et dès lors ne pouvons-nous pas imaginer une atteinte élective de l'encéphale, entraînant une fragilité spéciale des vaisseaux ? Cette atteinte aux premiers stades du développement nous permettrait d'expliquer cette atrophie totale de tout un hémisphère. En effet, l'atrophie n'est ni limitée à un lobe ou à une portion de lobe cérébral comme on l'observe dans la maladie de Pick. De plus, nous ne retrouvons pas à l'examen histologique les lésions caractéristiques de la maladie de Pick. Mais cette atrophie peut être la traduction grossière du substratum anatomique déficient conditionnant les troubles des fonctions cérébrales donnant lieu à l'apparition d'un syndrome hallucinatoire, de déséquilibre émotionnel et des retentissements cardio-vasculaires, lesquels dominent la scène clinique terminale (tumeur sanguine, hémorragies méningées et hémorragie ventriculaire terminale).

Nous rapportons donc là un exemple de plus, démontrant l'importance primordiale des troubles vasculaires dans la pathologie nerveuse.

M. MARCHAND. — Dans cette observation, il s'agit d'une femme qui a présenté à la fois un syndrome hallucinatoire chronique et des symptômes de déficit intellectuel pouvant être rapportés à un syndrome préfrontal. Je demanderai à M. Chatagnon s'il pense pouvoir établir un rapport quelconque entre les syndromes mentaux, le foyer de ramollissement d'un des lobes frontaux et l'hémorragie cérébrale terminale.

M. CARRETTE. — L'existence même du syndrome préfrontal est contestée par certains auteurs qui s'appuient sur la possibilité de la persistance de l'intégrité mentale chez des individus dont le pôle frontal avait été détruit.

M. CHATAGNON. — M. Marchand me demande : Quel rapport établissez-vous entre la psychose hallucinatoire et les troubles vasculaires ? Mais aucun : la psychose évolue depuis au moins 1926, les hémorragies apparaissent en 1937 : ce sont deux faits que je constate. Quant à l'importance de l'atrophie globale d'un hémisphère dans le déterminisme des manifestations pathologiques de notre cas, je compte pouvoir un jour porter des précisions plus grandes sur ce sujet et alimenter la discussion à l'aide d'un plus grand nombre de documents scientifiques ; j'ai travaillé jusqu'alors avec les modiques moyens mis à ma disposition.

D'ores et déjà, cependant, M. Marchand me permettra de ne pas partager ses conceptions sur ce point, tout au moins telles que je les ai comprises au cours de cette rapide discussion.

M. Carrette me demande : Si la malade présentait de l'affaiblissement psychique et sur quels éléments le diagnostic de syndrome préfrontal est porté ? Notre malade n'avait aucun symptôme d'affaiblissement psychique. Nous avons pensé qu'il s'agissait d'un syndrome préfrontal en nous basant : 1° sur l'excitation euphorique de type maniaque rappelant la moria ; 2° sur l'amnésie de fixation et d'évocation ; 3° sur l'irritabilité épisodique, et notre prévision s'est trouvée confirmée par l'examen anatomique.

La séance est levée à 10 heures 15.

Le Secrétaire des séances :

Paul CARRETTE.

Séance du Lundi 23 Mai 1938

Présidence : M. A. FILLASSIER, président

En ouvrant la séance, le Président annonce la mort du Docteur MARINESCO, professeur de neurologie à la Faculté de médecine de Bucarest, ancien interne des hôpitaux de Paris, *membre associé étranger* de l'Académie de médecine, et de la Société médico-psychologique. Il charge le Secrétaire général d'exprimer à la famille de cet illustre collègue les condoléances de la Société.

Il salue M. MICHAUT, Sous-Directeur de l'Assistance départementale de la Préfecture de la Seine, et M. VETEL, Directeur adjoint du service des aliénés à la Préfecture de police, qui assistent à la séance.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 25 avril 1938 est adopté.

Correspondance

M. Paul COURBON, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre du professeur Manuel FRANCISCO BECA, de Santiago-du-Chili, annonçant la création, dans son pays, d'une revue, « *Rivista de Psiquiatria y Disciplinas conexas* », pour laquelle il veut bien faire l'honneur aux membres de la Société médico-psychologique de demander leur collaboration ;

une lettre du D^r CHATAGNON, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui pose sa candidature à la place vacante de *membre titulaire de la Société médico-psychologique*. Le Bureau propose pour l'examen de cette candidature une Commission formée de MM. BARBÉ, CÉNAC, COMBEMALE, CROUZON, et CAPGRAS, rapporteur : l'élection aura lieu, après lecture du rapport, à la séance du 27 juin 1938 ;

Modifications à l'ordre du jour de la séance

par ailleurs, vu l'importance de la séance d'aujourd'hui réservée à la commémoration du centenaire de la loi de 1838, il y aurait lieu d'adopter, pour cette séance, les modifications du programme suivantes :

Reporter à la séance du 27 juin 1938 le rapport de la Commission du Prix Esquirol, qui, d'après le règlement, doit avoir lieu en mai, et le rapport du D^r SENGÈS sur la candidature du D^r BELEY au titre de *membre correspondant national*.

Ces modifications sont adoptées par la Société.

Date de la séance de Juillet

D'après le règlement, une seule séance, celle du deuxième jeudi, a lieu en juillet. Or, cette année, le deuxième jeudi est le 14 juillet. Force est donc de choisir, soit le premier jeudi, 7 juillet, qui a l'inconvénient d'être le jour de réunion de la Société de neurologie, soit le troisième jeudi, 21 juillet. Après vote, car chacun de ces trois jeudis est proposé par certains partisans, l'avis du Bureau l'emporte à la majorité. La séance aura lieu le 21 juillet.

COMMUNICATIONS

Le Centenaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.

Éloge de la Loi, par M. A. FILLASSIER.

MESSIEURS,

Vous avez décidé de consacrer cette année votre séance solennelle à commémorer la loi du 30 juin 1838 qui depuis cent ans assure la protection des plus intéressants parmi ceux qui souffrent, si l'on peut graduer une hiérarchie de la douleur ; qui depuis cent ans s'efforce de soulager et de guérir les plus déshérités de nos malades puisqu'ils sont atteints dans leurs facultés les plus nobles ; qui depuis cent ans a groupé autour d'elle toute une élite d'administrateurs, de magistrats et de médecins, dans une pensée commune : mieux savoir pour mieux comprendre, mieux ordonner et mieux faire !

L'honneur m'est échu de vous en entretenir.

La tâche qui m'incombe est certes parmi les plus belles, mais aussi parmi les plus ingrates.

C'est en effet devant une assemblée de spécialistes éminents que je vais avoir l'honneur de faire l'éloge de la loi.

Or, que vous dirai-je que vous ne connaissiez ?

Les mérites et les bienfaits de la loi, vous les proclamez ; les critiques qui lui ont été adressées, vous les avez jugées ; des adaptations nouvelles qu'elle suscite, aucune ne peut compromettre son œuvre parce qu'elles sont nées de sa pratique, et la loi elle-même s'est chargée d'en fixer l'intérêt ; depuis longtemps vous n'en ignorez aucune, et vous les appréciez.

Que me reste-t-il donc à vous dire ?

Bien peu de choses nouvelles et, prenant la parole devant vous, n'ai-je pas la crainte légitime de vous décevoir, d'autant plus que le temps me manque pour les développements nécessaires.

Aussi je veux, dès l'instant, m'en excuser et cependant ces choses doivent être dites, cet éloge doit être prononcé du haut de ce siège où la Société Médico-Psychologique élève son Président et le grandit de l'autorité qu'elle lui prête.

Il faut qu'ainsi soient proclamés les services immenses que la Loi du 30 juin 1938 a rendus à nos malades, que soient rappelées les critiques qui lui ont été adressées, parfois violentes, que leur pauvreté si fréquente soit démontrée, et qu'à tous les réformateurs qui apparaissent et disparaissent au souffle de l'opinion, le péril des réformes précipitées soit clairement démontré, et démontrée aussi, avant toute décision, l'impérieuse nécessité des patientes investigations, des longues réflexions et des déterminations prudentes.



Tout d'abord, dans quelles circonstances la Loi de 1838 est-elle apparue ? A quelles nécessités répondait-elle ? En un mot, à quel régime étaient soumis avant elle les aliénés, qu'elle ait été considérée comme une impérieuse nécessité et accueillie avec enthousiasme dans les premières années de sa promulgation ?

Messieurs, je serai bref, aussi bien M. le D^r Carrette vous documentera-t-il à ce sujet.

Qu'il me soit permis de rappeler que les travaux de Sérieux et de ses élèves, de Mme le D^r Bonnafons-Sérieux, dans son bel ouvrage « La Charité de Senlis » (1936) ont fait la lumière à cet égard, et précisé notamment de quelles précautions, de quelles enquêtes attentives étaient précédées, en cette matière, les « lettres de cachet ».

Sans doute, ces garanties disparurent avec la période révolutionnaire et les textes de cette époque mélangent, dans leur

rédaction, les malades, les vagabonds ou les animaux, tandis que les malheureux sont souvent dirigés vers les prisons.

Vous avez tous présentes à l'esprit les pages où, en 1819, Esquirol décrivait les Etablissements consacrés aux aliénés en France.

La question des conditions de l'internement n'était pas mieux réglée : les malades étaient placés provisoirement dans un dépôt de sûreté, un jugement devait être prononcé définitivement.

En fait, les administrations locales interprétaient la loi de multiples manières (1). C'était l'arbitraire et la fantaisie : la nécessité d'une réglementation uniforme appelait une loi.

Le 6 janvier 1837, M. de Gasparin, Ministre de l'Intérieur, déposa un projet de loi préparé par le Conseil d'Etat.

Vivien en fut le rapporteur (2).

« Les aliénés, dira-t-il, sont considérés non plus comme des êtres à jamais perdus pour le monde, devenus étrangers à l'humanité, mais comme des malades d'autant plus dignes de soins que leur état inspire plus de pitié. Les établissements qui leur sont consacrés se présentent sous un nouvel aspect : ce ne sont plus des prisons, mais de véritables hôpitaux ; les précautions d'une timidité cruelle ne sont plus l'objet direct et exclusif de l'admission du malade : le but, c'est la guérison, et tout doit être mis en œuvre pour l'atteindre. » Et voilà affirmé, au seuil même de la loi, son caractère d'assistance.

Nous vous ferons grâce des discussions qui s'élevèrent tant à la Chambre des Députés qu'à la Chambre des Pairs ; aussi bien, le Marquis de Barthélémy s'excusant devant cette dernière assemblée de la lenteur apportée à l'élaboration du texte, ne disait-il pas, — conseil qui a été depuis quelque peu oublié :

« Une sage lenteur dans la confection des lois, les épreuves multiples qu'elles subissent, sont de précieux gages de leur bonne préparation. »

(1) A Paris, un arrêté du Préfet de Police, de 1803, fixa les règles pour l'admission des aliénés dans les hôpitaux ou hospices :

A Bicêtre et à la Salpêtrière, on admettait sur bulletin délivré par le Bureau Central des Hôpitaux, comme pour les malades ordinaires ; à Charonton, il fallait une réquisition du Maire du domicile, parfois d'urgence, sauf régularisation ultérieure.

Dans les maisons de santé, on supposait l'urgence, et les malades étaient visités par deux médecins accompagnés du Commissaire de Police.

Un certificat médical était, dans tous les cas, de rigueur.

En province, tantôt les familles s'entendaient directement et tout simplement avec un hospice, tantôt il fallait l'autorisation du Maire ou du Préfet, tantôt on exigeait au préalable l'interdiction.

(2) Il déposa son rapport le 18 mars 1837.

La loi fut promulguée le 30 juin 1838 (1) ; ses travaux préparatoires demeurent des modèles.

« La loi de 1838 fut accueillie avec une faveur marquée au moment de sa promulgation, dira un magistrat du Parquet de la Seine, M. Proust (2) ; pendant vingt ans, elle a été louée sans réserve, et plusieurs puissances étrangères l'ont empruntée ; vers 1860, un revirement se produisit dans le public ; des critiques ardentes furent dirigées contre cette loi, qui avait été ratifiée par l'opinion publique, et pour répondre aux vœux qui se produisaient avec insistance, le gouvernement créait, en 1869, une Commission chargée de rechercher les réformes pouvant être utilement introduites. »

Th. Roussel résume le mouvement de presse qui se précisa surtout depuis 1866, en disant « qu'après une douzaine d'années du régime autoritaire inauguré par le Second Empire, l'opinion publique, très impressionnable, se préoccupa vivement de réclamations qui s'élevèrent contre certains placements effectués dans les asiles d'aliénés, et considérés comme des séquestrations arbitraires ». On reparla de lettres de cachet, sans savoir ce qu'elles avaient été alors, de la substitution de Bicêtre et de la Salpêtrière, à la Bastille.

Le D^r Collineau rappelait en 1870, à la Société Médico-pratique, les attaques dont la loi était l'objet : on y lisait des phrases comme celles-ci :

« Les asiles sont des enfers à la porte desquels il faut laisser toute espérance : ce sont des fabrications d'aliénations chroniques », écrivait l'« Opinion Nationale » en 1863, en une langue pour le moins singulière.

« La loi n'est qu'un traquenard préparé pour le crime et pour l'arbitraire ; les médecins des ignares, les asiles des prisons », dira, avec courtoisie et élégance, l'« Avenir National » de 1865.

A quoi bon prolonger ces extraits ? N'avons-nous pas lu de telles appréciations dans des articles infiniment plus récents, où l'ignorance et l'incompétence le disputent parfois à la maladie ?

(1) Voir BEAUSSART : Nomenclature des dispositions législatives qui ont précédé le vote de la loi du 30 juin 1838 : « *L'Aliéniste Français* », mars 1938.

(2) Rapport sur la législation relative aux aliénés criminels (*Bulletin de la Société générale des prisons*, décembre 1879, p. 882).

N'est-ce pas M. Paul Strauss, Rapporteur de la loi du Sénat, qui écrivait en 1912 :

« Il faut le dire à la défense de l'opinion, la nature même du mal qui terrasse ces pauvres malades peut l'entraîner à de généreuses erreurs : ce n'est pas le pauvre dément, dont les facultés s'effondrent par suite de quelque lésion, ce n'est pas le malheureux mélancolique se reprochant des crimes imaginaires, qui attirent sur eux l'attention ; ce sont souvent des dégénérés, en proie à des délires, protestataires résolus sans cesse à l'affût d'un moyen nouveau qui leur donne gain de cause, et dont la lucidité d'esprit inspire un doute à ceux qui ne sont pas familiarisés avec les choses de l'aliénation. »

Et cette opinion de J.-P. Falret ne revient-elle pas spontanément à l'esprit : « Malheureusement, trop souvent les personnes qui n'ont pas fait d'études spéciales voient la folie là où elle n'est pas, et plus fréquemment encore, ne la voient pas lorsqu'elle existe. » (1).

A la suite de ce mouvement de presse, des pétitions, adressées au Sénat de l'Empire, furent transmises à l'examen d'une Commission ; M. Suin en rapporta les travaux le 2 juillet 1867. « L'institution des Asiles, y disait-il, était la réalisation de l'une des pensées les plus humaines de notre temps », et il notait que, s'il y avait eu, contre elle, de nombreuses plaintes, il n'y avait jamais eu aucune preuve.

« Néanmoins, pour répondre aux préoccupations publiques et augmenter les garanties de la liberté individuelle », le Ministre de l'Intérieur et le Garde des Sceaux sou mirent à la signature impériale le décret du 12 février 1869 qui instituait une Commission à l'effet d'étudier, une fois encore, les modifications à apporter à la loi de 1838.

Celle-ci terminait ses travaux en juillet 1870 lorsque la guerre éclata et M. Th. Roussel, qui eut en mains les procès-verbaux des séances, déclare qu'ils « ne changèrent, sur aucun point essentiel, le plan et le système de la loi du 30 juin 1838 ».

La guerre n'interrompt pas les travaux tendant à la réforme de la loi de 1838. Au Jubilé de Magnan, le 15 mars 1908, le Professeur Bouchard, parlant, devant G. Clémenceau, alors Ministre de l'Intérieur, décrivait, en un récit charmant stylisé d'ironie, la vie de Paris pendant le siège : « On trouvait encore le temps, dans ces innombrables, interminables et obscures soirées, de se livrer

(1) Des maladies mentales et des asilés d'aliénés, Paris, 1864. J.-B. Bail lière et fils, page 506.

à des travaux que l'on s'imaginait être utiles. C'est à cette époque que nous avons commencé la vie de commissions. On se réunissait dans les ministères : nous nous rencontrions place Vendôme, sous la présidence d'Emmanuel Arago ; on recherchait le meilleur régime à appliquer aux aliénés quand Byzance ne serait plus assiégée. Tu étais l'homme compétent de la Commission. On m'y avait fait entrer je ne sais trop pourquoi... J'avais écrit quelques articles sur la loi de 1838 ; on les avait goûtés, quoiqu'ils n'eussent pas grande valeur... j'étais alors journaliste. »

Sans attendre le rapport de la Commission, Gambetta, en son nom et au nom de M. Magnin, déposa, le 21 mars 1870, au Corps Législatif, une Proposition de loi portant réforme de la loi de 1838. « Le principe sur lequel repose mon projet est la transformation du médecin en simple expert, et la constitution d'un jury préalable pour les personnes soupçonnées d'être atteintes d'aliénation. »

Les articles 21 et 22 de cette proposition de loi sont ainsi conçus :

Art. 21. — « Un jury spécial, siégeant au chef-lieu de chaque arrondissement, est chargé de prononcer sur le placement dans les établissements d'aliénés, et sur la sortie de ces établissements. »

Art. 22. — « Ce jury se compose d'un juge de tribunal de première instance, et un des juges de paix du chef-lieu d'arrondissement, d'un avocat, ou, dans les villes qui n'en ont pas, d'un avoué, d'un notaire, d'un membre du Conseil municipal du chef-lieu d'arrondissement d'un médecin du même chef-lieu et de 6 personnes désignées par le sort sur la liste d'un jury criminel et habitant le chef-lieu de l'arrondissement. »

Messieurs, on croit vraiment rêver, et on se demande comment le secrétaire de M. Magnin ou celui de Gambetta ont pu présenter à leurs signatures un tel document !

A constater que les magistrats, d'ailleurs, n'étaient pas mieux traités que les médecins, j'ai failli éprouver une petite émotion que j'ai dominée, car c'eût été un sentiment mauvais, en lisant ceci : « Exiger l'intervention de la magistrature pour le placement des aliénés n'est point assez, il faut celle du jury ; lui seul présente les hautes garanties d'impartialité et d'indépendance d'esprit que la loi veut assurer aux accusés devant la justice criminelle, et qui ne sont pas moins nécessaires ici : le magistrat est homme et il ne saura peut-être pas résister aux sollicitations

de l'autorité publique ou d'une famille puissante ; il se laissera peut-être influencer à l'excès par l'avis du médecin expert. »

Si de tels jugements, avec de tels noms, m'étaient tombés sous les yeux au stade de l'adolescence, il est probable que toute ma vie, — et c'eût été dommage, — j'aurais douté de la Science qu'on appelle Politique.

Mais la vie est faite de petites joies et de petites tristesses que sillonnent des éclairs, et une phrase du tribun, dont 1938 célèbre aussi le centenaire, m'a réconcilié avec lui ; elle ne vous déplaira pas : « il (le magistrat) se laissera peut-être prendre aux séductions de la médecine aliéniste. »

Et après de telles opinions, permettez-moi, pour conclure, de vous rapporter qu'en 1892, M. Th. Roussel fut Président de la Société Médico-Psychologique, et dans son discours d'installation, il fit justice des opinions audacieuses parues sous la signature de Gambetta.

« La Chambre actuelle, dit-il, et sa commission, présidée par M. Thévenet, contiennent un trop grand nombre d'esprits sérieux pour qu'on puisse redouter l'adoption d'un projet dont le bon sens de Gambetta avait fini par faire justice. »

Et il raconta, qu'en 1872, peu de jours avant de présenter à l'Assemblée Nationale, la proposition préparée par la Société de Législation comparée, il s'adressa à Gambetta pour connaître ses intentions et savoir s'il ne le rencontrerait pas pour adversaire.

Après quelques explications échangées, Gambetta l'engagea à présenter cette proposition. « *Mais que ferez-vous de la vôtre ?* demanda M. Roussel. *De la mienne, répondit-il, c'était avant le déluge ; ne vous en occupez pas.* »

Les discussions n'en continuèrent pas moins au sein des commissions et notamment à la Société de Législation comparée, et le 25 juillet 1872, MM. Th. Roussel, Jozon et Desjardins signèrent une proposition de loi réformatrice qui s'inspirait de ces travaux.

Le 25 novembre 1882, M. Constans, Ministre de l'Intérieur, déposa un projet de loi dans lequel il rendit hommage à la loi de 1838, « inspirée par une haute pensée d'humanité, et qui posa, pour la première fois en France, le principe de l'assistance en faveur des malades jusque-là séquestrés comme des criminels ou livrés à l'abandon, et a permis, par là, de réaliser, dans le traitement des aliénés, des progrès dont il serait injuste de méconnaître l'importance. »

Le Sénat s'en saisit immédiatement (1) et Th. Roussel, magistral interprète de sa Commission, rédigea et déposa, le 20 mai 1884, « un rapport inoubliable », dira M. Paul Strauss, dont les conclusions furent discutées en 17 séances, du 26 novembre 1886 au 11 mars 1887. »

Le temps me manque pour vous entretenir des rapports de M. Paul Strauss au Sénat et du projet de loi qu'il déposa comme Ministre, mais ces documents ne dégagent-ils pas admirablement toutes les possibilités que renferme la loi de 1838 ? Ce sera l'honneur de l'ancien sénateur de la Seine, de l'avoir lumineusement démontré.

L'un des principaux reproches adressés à la loi de 1838 est de permettre les *séquestrations arbitraires*.

« Il nous semble difficile, dira, en 1884, M. Th. Roussel, que ceux qui lisent aujourd'hui les écrits passionnés des adversaires de la loi de 1838 ne soient pas frappés, comme nous l'avons été, des faibles fondements des accusations relatives aux erreurs ou même aux abus reprochés à la pratique de cette loi, et, surtout, du manque de portée des attaques dirigées contre son principe. »

(1) *Sénat*. — Dépôt par M. Constans, Ministre de l'Intérieur, du projet de loi, le 25 novembre 1882.

Chambre des Députés. — Dépôt par M. Fallières, Ministre de l'Intérieur, 24 juin 1887. Rapport Bourneville, 12 juillet 1889, sur lequel il n'a pas été statué.

Proposition de loi de M. J. Reinach, 3 décembre 1890. Rapport de M. Montaut, 19 février 1891.

Rapport de M. E. Lafont, 21 décembre 1891, il n'a pas été statué.

Exposé des motifs et texte de la proposition de loi présentée par MM. Joseph Reinach et Lafont, sur le régime des aliénés, 21 novembre 1893.

Rapport sommaire par M. Lafont, 14 décembre.

Prise en considération, 18 décembre.

Rapport par M. Ernest Lafont sur cette proposition et sur celle ci-après de M. Georges Berry, 19 février 1894.

Rapport par M. Dubief, 27 novembre 1896.

La Chambre n'a pas statué.

Exposé des motifs et texte de la proposition de loi, présentée par M. Georges Berry, tendant à autoriser les départements à placer dans les familles les déments séniles, les idiots et les gâteux, 20 décembre 1893.

Renvoi à la Commission du régime des aliénés.

Rapport de M. Dubief, 2 janvier 1896, et rapport de 1903, séance du 22 juin 1906.

Discussion à la Chambre des Députés, 14, 17, 21, 22 janvier 1907.

Texte transmis au Sénat.

Rapport Paul Strauss : déposé le 12 juillet 1912, discuté les 21 juin, 2 décembre, 19 décembre, 23 décembre 1913.

Projet de loi déposé par le Gouvernement le 11 janvier 1924.

Rapport par M. Paul Strauss, Sénat, 7 juillet 1928.

A votre séance du 27 juillet 1891, Paul Garnier s'écriait, à l'occasion du rapport de M. J. Reinach :

« Est-ce que cette loi a ouvert réellement les portes à l'arbitraire ? a-t-elle été, entre des mains criminelles, d'un maniement si facile ? A-t-on enfin, en toute vérité, à déplorer de lamentables abus ? Certes, on l'a dit et répété bien des fois, sur tous les tons. L'a-t-on prouvé ? Je puis affirmer, Messieurs, que nous attendons cette preuve ! »

Permettez-moi de vous rappeler que vous avez eu, au sein même de la Société, à intervenir, et qu'à la séance du 27 juin 1887, sur la proposition de M. Marcel Briand, vous votiez par acclamations la motion suivante :

« La Société Médico-Psychologique adresse à MM. Falret et Motet l'expression de sa plus vive sympathie à l'occasion des attaques aussi inqualifiables qu'imméritées dont ils ont été récemment l'objet de la part d'une certaine presse », tandis que Ball se faisait, à la tribune de l'Académie de Médecine, l'écho indigné des calomnies dont avaient été abreuvés nos collègues.

Récemment, notre confrère, M. le D^r Rémi Courjon, de Meyzieux, a entrepris une enquête mettant en parallèle les condamnations de Médecins pour séquestrations arbitraires, et les crimes commis par les aliénés en liberté.

Cette enquête n'est pas encore terminée, il a bien voulu me donner quelques chiffres dont vous aurez la primeur.

Pour une période allant de 1850 à 1931, aucun procès de séquestration arbitraire n'apporta la preuve d'une séquestration vraie, c'est-à-dire l'internement d'une personne saine d'esprit dans un but de lucre familial ou médical, ou par suite d'une erreur de diagnostic.

Un seul confrère, le D^r Aubanel fut condamné par un Tribunal de province, et vous allez voir pour quelle singulière raison, parce qu'ayant examiné le malade avant son entrée (pour renseigner l'administration préfectorale), il avait ensuite soigné le malade dans son service de l'Asile ; notons qu'il n'avait délivré aucun certificat d'entrée ; — sa veuve obtint sa réhabilitation en 1865.

Par contre, le D^r Courjon releva, — en 2 ans, — 189 meurtres commis par des aliénés !

Et ceci nous amène à la deuxième catégorie d'amères critiques dirigées contre la loi.

« Après avoir reproché à la loi, disions-nous en 1913 (1), d'in-

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 1913 : La réforme de la loi devant le Sénat,

terner trop facilement, on s'irrita de voir que trop d'aliénés dangereux pouvaient impunément compromettre l'ordre public..., on négligea d'entendre les protestations des médecins d'asiles qui eussent voulu soigner les malades dans les services appropriés : on se borna à faire la critique de la loi de 1838. »

C'est la même opinion qui a été émise par M. Hartenberg dans une étude sur les projets de réforme de la loi. Et à ceux qui, — hors de cette enceinte, — en méconnaîtraient l'intérêt, signalons l'article du D^r R. Dupouy, paru en 1935 dans vos « Annales », sous le titre : « Les Aliénés en liberté ».

Décidément il faut s'étonner, Messieurs, que, soumise à des campagnes aussi contradictoires, la loi de 1838 ait duré 100 ans ! C'est qu'elle renfermait sans doute de bien grandes vertus ! et combien les paroles de M. le Conseiller Laurent-Atthalin reviennent à l'esprit : « La pratique ne m'a pas encore démontré jusqu'à l'évidence la nécessité d'une transformation tout au moins radicale et profonde... »



Mais il ne suffisait pas de proclamer contre toute évidence le scandale de la loi de 1838. Il fallait y remédier : ici, tous les législateurs se rencontrèrent ; il fallait faire intervenir l'autorité judiciaire au moment du placement ; et cependant, dès le 6 janvier 1837, le Ministre de l'Intérieur ne s'était-il pas élevé contre le dessaisissement de l'autorité administrative ?

Omettons, si vous le voulez bien, la proposition Magnin-Gambetta et laissons le temps faire son œuvre réparatrice : oublions-la.

D'après le projet du Gouvernement, le placement n'est que provisoire, le Tribunal, en Chambre du Conseil saisie dans les trois jours, statue d'urgence sur le placement définitif.

La proposition de J. Reinach maintient l'intervention judiciaire, et aussi, dans son rapport au Sénat, le 12 juillet 1912, M. Paul Strauss, car elle est « impérieusement demandée par l'opinion publique ».

Que vaut, Messieurs, le principe de l'intervention judiciaire ? Apporte-t-elle des garanties nouvelles ?

Depuis J.-P. Falret qui publia (1) à la défense de la loi de 1838 tant de pages inoubliables, l'avis des spécialistes est unanime.

C'est Paul Garnier qui s'étonne (2) :

« Comment, alors que la tendance actuelle, tendance essen-

(1) *Archives générales de Médecine*, octobre 1869. « Des législations étrangères sur les aliénés » et « Des réformes proposées à la loi de 1838 ».

(2) *Annales Médico-Psych.*, 28 juillet 1891.

tiellement humanitaire, liée d'ailleurs aux progrès même de la science est de chercher à effacer le plus possible cette tare qui marquait si profondément autrefois et marque encore aujourd'hui le déshérité de la raison, et de s'efforcer de le rapprocher de plus en plus d'un malade ordinaire, on voudrait, au contraire, accentuer cette tare et cette séparation, en faisant de l'aliéné un être tout à fait à part séquestré du reste des hommes par cette chose toujours redoutable pour l'esprit public, par un jugement : Je me refuse à voir là un progrès. »

C'est à cette même formule, Messieurs, que s'arrêtait Magnan lorsqu'il témoignait à la Société d'Etudes Législatives, lors de la discussion du rapport du Professeur Larnaudé, de la Faculté de Droit de Paris :

« Malgré toutes les précautions que vous prendrez, disait Magnan, je puis vous dire qu'il y aura des réclamations, que le Juge des aliénés va devenir la tête de Turc sur laquelle on frappera de tous côtés. Quels sont les malades qui réclament ? Ils sont en tout petit nombre, et ce sont presque toujours les mêmes. Ils appartiennent au groupe d'aliénés désignés du nom de persécutés-persécuteurs. Le délire de ces malades est fait tout entier d'interprétations morbides qui portent sur les personnes aussi bien que sur les choses, et devant lesquelles les faits les plus précis, les protestations les plus sincères, les plus véridiques, les plus plausibles, ne trouvent aucune créance.

« Ces malades-là continueront évidemment à se plaindre dès qu'ils seront sortis et crieront contre les autorités, les personnes qui seront censées les avoir fait séquestrer. »

Et Magnan citait à l'appui de cette opinion l'exemple d'une réclamante récente qui avait tiré un coup de revolver sur un Ministre :

« Elle fut, sur rapport de 3 experts, internée à Ste-Anne, après non-lieu ; elle présenta requête à fin de sortie du Tribunal qui maintint l'internement. La Cour d'Appel saisie commit 3 autres experts et la Cour siégea, non pas en Chambre du Conseil, mais toutes Chambres réunies, et entendit le médecin ; elle maintint la décision des premiers juges.

« Ainsi donc, un juge d'instruction était intervenu, 3 experts, le Préfet, un jugement du Tribunal, 3 certificats des médecins de Ste-Anne, de Maison-Blanche et de la Salpêtrière, 3 nouveaux experts et un arrêt de la Cour.

« Or, après 18 mois de traitement à la Salpêtrière, le médecin, constatant un peu plus de calme et une amélioration apparente,

autorise une sortie d'essai. Aussitôt la malade demande l'assistance judiciaire pour attaquer les médecins ; elle lui est refusée et cependant elle trouve un avocat qui assigne pour elle les médecins en cent mille francs de dommages et intérêts.

« Les protestataires protesteront toujours ; la législation n'y changera rien et aucune ne sera à l'abri. »

N'oublions pas enfin que, d'après les chiffres communiqués par le Service de Documentation du Ministère de la Santé Publique, il y avait, en 1933, 126.874 internés. La même année, on compta 32.660 internements.

Que de postes à créer pour reviser le passé, à maintenir pour assurer une prompte décision à chaque entrée nouvelle, et dont le nombre chaque année tend à augmenter. Rappelons-nous, pour s'en faire une idée, que Paul Garnier signalait en 1891 qu'il signait 4.000 à 5.000 certificats ou rapports à fin de placement, et il continuait :

« Je n'avais pas exagéré l'importance de cette colossale besogne judiciaire, en déclarant que des magistrats devraient siéger en permanence pour délibérer et formuler, après s'être entourés de tous les moyens d'information, les considérants de 4.000 ou 5.000 jugements (1). »

Sur un seul point, Messieurs, j'exprimerai un souhait : en exécution de l'article 10, il est procédé à des enquêtes par les soins du Préfet et ceux du Procureur de la République du domicile de la personne placée.

Celles-ci ne sauraient être entourées d'une trop grande discrétion ; il n'en a pas toujours été ainsi, — un jour de commémoration est un jour de louanges, je me tais, aussi bien je sais que notre collègue le D^r Baruk doit vous en entretenir prochainement.

Qu'il me soit permis cependant de rappeler cette opinion du D^r Rayneau au « Congrès des Médecins et Neurologistes de Paris en 1925 » :

« Ne sait-on pas que ce sont précisément les enquêtes administratives et policières qui effraient les familles et les empêchent de recourir à une hospitalisation précoce qui, bien souvent, eût pu sauver les malades. »

A cette question, s'en rattache une autre très voisine et qui a pour l'avenir de la loi, une importance extrême : M. le D^r X. Abély, qui doit vous entretenir des biens des aliénés, a bien

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 27 juillet 1891.

voulu me permettre de pénétrer dans son domaine quelques instants.

En vertu de l'article 32, le Tribunal civil du lieu du domicile *pourra* nommer un administrateur provisoire aux biens de toute personne non interdite, placée dans un établissement d'aliénés : cette nomination n'aura lieu qu'après délibération du Conseil de famille.

Les considérations de sagesse qui ont inspiré le législateur viennent d'elles-mêmes à l'esprit, je n'y insiste pas : aussi bien le législateur a-t-il écrit « *pourra* », ce qui souligne qu'il n'y a là qu'une possibilité et en aucun cas une obligation.

Or, en fait, comment les choses se passent-elles ?

Tantôt la famille demande la nomination d'administrateur provisoire, aucune difficulté, ou elle ne le demande pas pour éviter d'ébruiter le malheur qui frappe un des siens, ou parce qu'en fait les biens du malade ne courent aucun danger, ou par crainte que la nomination d'un administrateur ne crée des complications nuisibles aux intérêts du malade.

Nous souhaitons que les autorités compétentes tiennent compte de ces éléments et ne pensent qu'avec prudence à ces nominations facultatives ; en allant au-delà, on n'obtient, bien souvent, la pratique le démontre, non par désir de fraude, mais par crainte de publicité pour la personne ou de péril pour les biens, que le départ du malade pour l'étranger ou plus simplement son retour dans la famille avec une surveillance et des soins insuffisants.

En 1914, Victor Parant, dans vos « Annales », regrettait expressément que personne n'ait attiré l'attention du Sénat sur ce qu'il y aurait de vexatoire pour les familles, de blessant pour les aliénés, à ce que l'administrateur légal puisse intervenir dès le lendemain dans les affaires des malades.

Enfin, autre problème, conviendrait-il d'étudier une formule de surveillance des comptabilités de l'administrateur ou du tuteur à l'interdit, lorsque la loi les aura prescrits ou lorsqu'il aura été jugé indispensable d'user de ces procédures ?

M. Alex. Ribot, qui fut Substitut au Parquet de la Seine et chargé de l'application de la loi, indiquait que l'administrateur provisoire ou le tuteur devraient présenter tous les ans un compte de sa gestion et un état de la fortune de l'aliéné.

M. G. Picot, qui, dans les mêmes fonctions, fut fréquemment délégué pour se transporter dans des asiles afin de procéder à l'interrogatoire des personnes dont l'interdiction était demandée, partageait cette opinion.

Il va de soi que, pour ne pas heurter les familles, ce contrôle devrait être fait avec le maximum de discrétion et de tact, et ne pas s'exposer aux critiques que je viens d'adresser à l'application trop prompte de l'article 10.



Messieurs, au cours de la longue préparation qu'a exigé l'étude à laquelle je viens de me livrer devant vous, et que le temps me manque pour développer bien davantage, voyant s'accumuler toutes les raisons que nous avons de louer la loi du 30 juin 1838, et la pauvreté de tant de critiques, j'ai été amené à me poser cette question : mais pourquoi la loi bienfaisante a-t-elle subi tant d'assauts ?

M. G. Picot, qui a joui d'une telle autorité au siècle dernier, m'a fourni une première réponse : interrogé en 1872 : que pensez-vous des critiques adressées à la loi de 1838 ? il répondait :

« Je les crois, en général, exagérées. A ce sujet, je tiens à déclarer que j'ai été singulièrement frappé de ce fait que les critiques auxquelles vous faites allusion n'ont pas suivi de près l'adoption et la mise en pratique de la législation qui en fait l'objet, et n'ont commencé à se produire que pendant les quinze dernières années que nous venons de traverser. Ce phénomène pourrait s'expliquer par des considérations qui ne sont point d'un ordre purement législatif. »

Régis, en un mémoire à la Société de Médecine de Bordeaux en 1887, notait que les législateurs qui avaient couvert la loi d'éloges (J. Reinach et Dubief ne devaient intervenir que plus tard), s'ingéniaient à la détruire :

« La raison de cette anomalie, écrivait-il, n'est pas difficile à saisir et il suffit de parcourir les débats parlementaires pour en trouver la clef. A chaque page, à chaque instant, reviennent en effet ces mots magiques qui expliquent tout : « satisfaction à l'opinion ». Voilà le mot de l'énigme.

« C'est donc principalement pour donner satisfaction à l'opinion, à une opinion que chacun s'accorde à trouver injuste, faussée, pervertie, qu'on procède à une réforme si grave et si dangereuse de notre législation. »

Il y en a d'autres : ses détracteurs sont partis de cette idée fausse qu'elle était surtout une loi de police ! Sans doute étaient-ils influencés par les textes de l'époque révolutionnaire, alors qu'il suffit de se pénétrer des termes de la loi, de se pencher

sur les admirables travaux préparatoires qui présidèrent à son élaboration, pour se persuader que législateurs ou administrateurs, tous en ont voulu faire une loi d'assistance et de protection.

Ajoutons, enfin, Messieurs, que nous avons peut-être quelque part dans ces erreurs : trop longtemps, les Asiles ont été quelque peu négligés dans les préoccupations des autorités compétentes ; puissent-ils bénéficier bien vite des efforts qui ont été faits dans les établissements hospitaliers, maintenant que leur titre au moins les en rapproche, sans doute une promesse...



Et j'en arrive, Messieurs, à une conclusion que vous avez pénétrée : la loi du 30 juin 1838 demeurera, même si le malheur des législations précipitées la détruisait pour faire, certes, infiniment moins bien, un monument admirable de notre législation moderne ; il est éminemment désirable qu'elle demeure dans nos Codes pendant de nombreux lustres et que ce soit sous son aile que les adaptations qu'elle renferme en puissance et qui, chaque jour, la modernisent, obtiennent leur plein développement.

N'est-ce pas Magnan qui le rappelait à l'Académie de Médecine le 31 mars 1914, l'organisation de services spéciaux, de grands asiles de chroniques, de colonies familiales, des asiles pour alcooliques, pour épileptiques que réclament les réformateurs, ont déjà été réalisés pour la plupart par le Département de la Seine, ainsi que le quartier de sûreté pour aliénés dits criminels et les aliénés difficiles, dans des conditions d'emblée parfaites à l'Asile de Villejuif où revit le souvenir de son promoteur, le D^r Henri Colin.

De même encore, dans un article capital publié en 1928 (1), « Services Ouverts, Quartiers d'observation et placement direct à l'Asile », Demay se demandait si la loi de 1838, mieux appliquée et amendée, ne serait pas susceptible d'être mise en harmonie avec les tendances modernes et il voyait ce progrès réalisé par l'extension du placement volontaire gratuit, et le placement spontané que je trouve sanctionné dans le projet de M. Paul Strauss.

« Cette conception des services ouverts, dira cet auteur dans une communication en collaboration avec Renaux au Congrès

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, 1928, C. I, p. 193, voir également : *L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés*, par J. Raynier et H. Beaudoin, Paris, 1930.

d'Anvers de la même année, ne se présente pas en opposition absolue avec la loi de 1838, mais la complète, et il paraît souhaitable d'utiliser et même de développer les modalités du placement prévues par cette loi.

Et ils rapportaient l'exemple de Baruk père, qui, en 1912, a obtenu, du Conseil général de Maine-et-Loire, que les malades indigents soient admis à l'Asile dans les mêmes conditions que les malades payants, c'est-à-dire sur simple production d'un certificat médical, avec, en outre, un certificat d'indigence.

Levet et Beaussart, en 1923, obtenaient le même résultat à l'Asile de la Charité, et même le Conseil général acceptait le placement demandé par l'aliéné lui-même, et non pas seulement par sa famille.

La Loi du 30 juin 1838, qui eut l'incalculable gloire d'être élaborée à l'époque de la Restauration, où la préparation de nos lois atteignit son sommet — loi d'assistance et de bienfaisance — demeurera, je me plais à le redire, un monument impérissable de notre législation hospitalière ; ne s'est-elle pas révélée pleine de toutes les possibilités créatrices ? N'a-t-elle pas permis, ne permettra-t-elle pas à ceux qui la pénètrent et la comprennent, de réaliser sous son égide toutes les évolutions que peuvent réclamer les progrès de la psychiatrie moderne, et combien je déplore que le manque de temps ne m'ait pas permis de reprendre la pulpart des critiques qui lui ont été adressées ! n'aurais-je pas essayé de montrer que, bien des fois, elle s'y est exposée sciemment pour pallier à des insuffisances de notre armement hospitalier ; elle a agi souvent par humanité et on le lui reproche ! D'autres critiques ne lui sont-elles pas venues, parce qu'elle a été interprétée en dehors de son esprit ?

Qu'elle soit, chaque jour, mieux comprise, et riche de promesses, servie par un corps médical d'élite, libéré lui-même d'une réglementation parfois excessive et secondé par une administration compréhensive, elle les tiendra ! Aussi bien : « Une loi, disait le Professeur Saleilles à la Société d'Etudes Législatives, lors de la discussion du rapport remarquable du Professeur Larnaud, ne vaut que par la façon dont on l'applique, et par la façon d'après laquelle on se soumet à son application. »

A quoi bon légiférer, bouleverser une législation, alors que la loi démontre, par son étude attentive, son incomparable valeur et, par de tels exemples, son éternelle jeunesse !

**La protection des biens des malades dans la loi de 1838,
par M. Xavier ABÉLY.**

La loi de 1838 comporte, dans son rôle tutélaire, deux parties essentielles : la protection de la personne, la protection des biens de l'aliéné.

Notre Président vient de défendre éloquemment toutes les dispositions qui sauvegardent la liberté individuelle. J'ai la charge de vous présenter la partie la plus ingrate, celle de la protection des biens. Elle est ingrate en raison de l'aridité même du sujet. Elle l'est surtout parce qu'elle concerne la partie de la loi de 1838 qui a été la plus unanimement critiquée. Je n'ai pas hésité cependant à me faire le défenseur de la loi sur ce point si controversé. J'estime que, dans ses grandes lignes, elle ne mérite pas les critiques, trop souvent théoriques et superficielles, qui lui ont été faites. Les mêmes problèmes se posent à l'heure actuelle qu'il y a 100 ans et l'on s'aperçoit, après une sérieuse étude de la question, que les solutions anciennes sont peut-être les meilleures. J'ai pensé que le plan le plus simple était de prendre les critiques les plus graves adressées à la législation actuelle des biens et d'essayer de les réfuter, en m'inspirant des arguments mêmes du législateur de 1838. Ces critiques sont les suivantes : insuffisance des pouvoirs de l'administrateur provisoire, insuffisance de la protection dans les établissements privés, insuffisance du contrôle des gestions.

1. Insuffisance des pouvoirs de l'administrateur provisoire. — On reproche à la loi de 1838 d'avoir donné à l'Administrateur des Biens des pouvoirs insuffisants pour assurer convenablement sa gestion. Pour apprécier cette critique, il est indispensable de savoir dans quel esprit cette institution a été créée par la loi.

Avant 1838, l'interdiction devait précéder l'internement. C'était là une conception bizarre, en tout cas fort peu médicale, qui faisait passer l'intérêt pécuniaire avant l'intérêt thérapeutique. La loi de 1838 a voulu rejeter cette mesure inhumaine. Elle n'a pas voulu que le placement et même le maintien à l'asile fut lié à l'interdiction. Sous l'inspiration des médecins de l'époque, le législateur a fait un acte de foi en la science psychiatrique. Il a estimé que tout malade entrant était susceptible de guérison et qu'on ne pouvait alors, ni juridiquement, ni médicalement, lui appliquer l'interdiction. Il fallait cependant protéger le patrimoine de l'aliéné dès son placement, puisqu'il était, en fait, incapable de le gérer. C'est pourquoi fut créée une administra-

tion spéciale résultant du seul fait de l'internement. C'était là une importante nouveauté qui apportait une sorte de correction au Code Civil, dont on avait alors un respect quasi-sacré. Cette administration était considérée d'ailleurs comme temporaire, intérimaire, d'où son nom d'administration provisoire. La situation de cet aliéné, qui pouvait guérir au bout d'un certain temps ou sombrer dans la chronicité, était très justement comparée à celle du disparu, dont on est sans nouvelles de « l'absent », dont la situation est également incertaine pendant une période plus ou moins prolongée. Dans les deux cas, dans l'attente d'une solution définitive, les mesures de protection devaient être provisoires.

Le législateur de 1838 n'en considérait pas moins l'interdiction comme la deuxième étape indispensable, lorsque le doute évolutif aurait cessé de planer. C'était la mesure complète et définitive qui devait finalement s'imposer ; c'était la forme régulière de protection qui était dès lors réglée par le Code Civil. L'interdiction, n'étant pas d'ailleurs obligatoire pour les familles, on voulait les pousser vers cette échéance par un mélange de persuasion et de rudesse qui transparaît dans la loi. C'est pourquoi les pouvoirs de l'Administrateur provisoire furent très intentionnellement restreints à ce qui était strictement indispensable, c'est-à-dire aux mesures de conservation. Les difficultés qui proviendraient de cette limitation de pouvoirs étaient prévues et voulues ; elles étaient un moyen de contraindre les familles à l'interdiction. Cependant, ici encore, la loi de 1838 fait preuve d'un large esprit de compréhension, car elle envisage la possibilité de quelques cas d'urgence, qui s'imposeraient au cours de l'administration provisoire, et elle organise même la procédure à suivre en soumettant ces cas à l'approbation du Tribunal. Tels étaient les principes qui triomphèrent en 1838. Ces principes sont-ils périmés ou s'imposent-ils encore ? C'est ce que nous allons examiner.

On objecte que l'interdiction étant fort délaissée, les pouvoirs de l'Administrateur provisoire tendent de plus en plus à devenir définitifs, que, dès lors, l'insuffisance de ces pouvoirs se fait de plus en plus sentir, qu'il faut donc les étendre, les assimiler à ceux du tuteur de l'interdit.

Il y a dans ces propositions une confusion entre des problèmes différents qu'il faut sérier et préciser. On semble oublier ce principe si essentiel et si généreux de la loi de 38 qu'il y a dans la situation de l'interné deux stades : le stade de l'incertitude thérapeutique et le stade de la chronicité, ou, si l'on préfère,

celui de l'espoir et celui de la désespérance. Il faut, de toute évidence, des mesures de protection très différentes dans ces deux phases. On ne peut pas appliquer, dès l'entrée, à des états pathologiques, dont on ne peut connaître encore l'évolution, des modes de tutelle convenant à des états permanents. De plus, en étendant les pouvoirs de l'administrateur à l'égal de ceux du tuteur, on crée corrélativement, d'emblée, à l'égard du malade interné, une incapacité civile analogue à celle de l'interdit c'est-à-dire totale, qui ne saurait convenir à ce premier stade et que la loi de 1838 beaucoup plus réaliste en son article 39, s'est bien gardée d'instituer. On va donc infliger au malade entrant une immédiate et véritable mort civile. C'est un contre-sens juridique. C'est plus encore un contre-sens médical. De telles questions qui paraissent au premier abord fort loin de notre domaine, sont pourtant intimement liées à notre foi psychiatrique. La loi de 1838 faisait confiance aux destinées de la médecine mentale. Les psychiatres de 1938 vont-ils, en acceptant des mesures étendues de dessaisissement et d'incapacité de leurs malades, délivrer à ces derniers, dès l'entrée dans le service, cette sorte de brevet d'incurabilité ? Alors que la prévention à l'égard des Asiles s'atténue, alors qu'on nous confie plus précocement des malades plus efficacement traités, alors que nous sommes parvenus à étendre nos succès thérapeutiques à des malades réputés jusqu'ici chroniques, il serait paradoxal d'apporter nous-mêmes ce témoignage de scepticisme. Si l'on veut apprécier le mode de gestion qui convient aux biens de ces malades récents, ce n'est pas du côté des aliénés chroniques qu'il faut tourner nos regards, mais bien du côté des psychopathes aigus qui sont soignés dans les hôpitaux ou dans les services libres. Ceux-ci aussi sont incapables de gérer leurs biens pendant plusieurs mois. On ne saurait tout de même les interdire ; mais il peut être utile de les protéger. Or, on s'aperçoit maintenant que la meilleure formule de protection et d'incapacité qui pourrait être proposée pour eux, de façon d'ailleurs facultative, serait celle de la loi de 1838. C'est une première revanche de cette loi sur ceux qui voulaient la détruire.

Quoi qu'il en soit, tant que la situation pathologique de l'aliéné reste incertaine, il ne faut instituer que des mesures temporaires, dans l'attente du retour du malade à la direction de ses affaires. C'est l'administration provisoire qui s'impose, avec des restrictions importantes de pouvoir. Il faut, pendant cette période, toucher le moins possible à la composition, à l'assiette du patrimoine du malade. Il ne faut pas que ce malheureux trouve

à son retour ses immeubles vendus, son portefeuille bouleversé pour des motifs qui ne sont pas toujours impérieusement justifiés. Ceci revient à dire que les mesures conversatoires sont seules indispensables durant cette première période.

Allons-nous, cependant, faire preuve d'intolérance absolue et interdire tout acte d'une certaine importance ? La loi de 1838 n'a pas montré cette intransigeance. Nous pouvons suivre la voie qu'elle nous a tracée. Si une circonstance grave et urgente se présente, elle doit pouvoir être résolue, dès cette période initiale, sous la garantie de l'autorisation du tribunal. Est-il besoin pour cela de modifications législatives ? L'expérience nous a montré que, depuis 1838, les pouvoirs de l'administrateur provisoire ont été progressivement étendus par la jurisprudence. La possibilité pour l'administrateur de se faire désigner comme mandataire *ad litem* dans des affaires de plus en plus variées, l'extension à la gestion des biens des aliénés de diverses lois spéciales ont encore agrandi ce domaine. Il suffirait de bien minimes réformes pour aboutir à une gestion provisoire très libérale.

Lorsque l'état pathologique a fait la preuve de sa gravité et de sa permanence, nous sommes parvenus au deuxième stade de l'administration. A ce moment-là, la critique de l'insuffisance des pouvoirs de l'administrateur provisoire est parfaitement justifiée. Il faut une autre administration, une administration définitive avec des pouvoirs étendus. C'est bien ce qu'avait prévu la loi de 1838 qui, dès lors, renvoyait à l'Interdiction. On constate aujourd'hui que l'Interdiction est une institution périmée, imparfaite, insuffisante. Je suis entièrement de cet avis. Mais je ferai remarquer que la critique de l'administration définitive s'adresse ainsi, non pas à la loi de 38, mais au Code Civil. C'est le Code Civil qui a fait faillite et non la loi des aliénés. Le législateur de 1838 s'est minutieusement gardé d'empiéter sur le Code Civil ou de se substituer à lui. Cet exemple devrait éveiller notre circonspection. Nous sommes tous persuadés qu'il y aurait lieu de créer une interdiction rénovée, rajeunie, allégée, contenant cependant d'importantes garanties complémentaires qu'on ne pouvait exiger de l'administration provisoire et dont trop de réformateurs de la législation actuelle semblent ignorer la nécessité. Une telle révision pourrait être mise au point en conformité avec les conditions modernes. Mais faut-il, dans ce but, transformer le Code Civil, ou introduire cette réforme, qui la dépasse, dans la loi des aliénés, c'est-à-dire créer une interdiction administrative ? Ne devons-nous pas craindre d'alourdir ainsi des projets, dans lesquels on veut insérer encore une révi-

sion du Code pénal ? En attendant, l'Interdiction, malgré son imperfection, a du moins une qualité, c'est d'exister et de représenter encore l'institution fondamentale de la protection des biens dans les états mentaux graves et permanents.

II. Insuffisance de la protection dans les Etablissements privés. — Un des principaux griefs adressé à la loi de 1838 est la faculté de demander ou non la nomination judiciaire d'un administrateur quand le malade est placé dans un établissement privé. On conclut que, dans ces établissements, les biens des aliénés ne sont pas protégés. C'est là une question qui a donné lieu à de violentes polémiques, d'autant plus qu'on a voulu y voir une forme d'inégalité et d'injustice sociale. Un grand nombre de réformateurs de la loi de 1838 ont donc proposé une mesure radicale : l'obligation de l'administration provisoire dans les asiles privés. Cette réforme, si simple et si juste en apparence, se heurte, lorsqu'on l'examine de plus près, à de graves objections. Lors de la discussion de la loi, certains parlementaires avaient demandé déjà cette nomination imposée. Après une longue et minutieuse discussion, l'amendement ne fut même pas mis aux voix. On cite surtout, parmi les arguments ayant déterminé ce rejet, la difficulté de fixer un délai à cette nomination, la rapidité possible de la guérison, la crainte de la publicité. Ces motifs ne nous paraissent pas aujourd'hui absolument concluants.

En réalité, des raisons plus générales ont pesé d'un plus grand poids sur cette décision. Ce furent, tout d'abord, des arguments juridiques. On sait avec quelle scrupuleuse attention les législateurs de 1838 veillaient à ce qu'aucune atteinte ne fût portée aux principes du Code civil. Ces considérations n'ont nullement perdu de leur valeur ; on les retrouvera tant qu'il y aura des juristes au Parlement.

Le premier principe est que le droit de juger, s'il est opportun de déférer à un administrateur la gestion des biens d'un incapable adulte, appartient exclusivement à l'autorité judiciaire, qui exerce sur tous les incapables sa haute tutelle. Même lorsque la famille demande l'interdiction ou l'administration, le tribunal a le droit de ne pas la juger indispensable. L'octroi d'une telle gestion est facultatif pour le juge. Donc, si l'on crée une administration obligatoire, automatique, pour les malades des établissements privés, il faut l'inscrire dans la loi, la rendre légale, et enlever par là même au magistrat ce droit de décision, cette prérogative qui est une des mieux établies et des plus utiles. L'opposition fut donc formelle en ce qui concerne la gestion individuelle du patrimoine des malades fortunés. Le Parlement

de 1838, dans son esprit de libéralisme, admit cependant une dérogation à ce principe de la prérogative judiciaire, en faveur des malades peu fortunés, dont le patrimoine serait laissé à l'abandon. Ce fut là une innovation qui apparut considérable à l'époque, et même quelque peu irrespectueuse pour le Code Civil. Pour la gestion de biens minimes, il apparût inutile de nommer un administrateur individuel, et d'entraîner les familles dans des frais de justice assez importants. L'idée, beaucoup plus pratique, de concentrer la gestion de ces petits pécules entre les mains d'un délégué de la Commission de Surveillance l'emporta. Certains firent même remarquer qu'il y avait aussi, dans les asiles privés, des malades peu fortunés qui auraient pu bénéficier d'une gestion ainsi centralisée. Nul ne critiqua le principe même de cette simplification. On fit seulement remarquer qu'il y avait à cette extension une impossibilité de fait, puisque les Commissions de Surveillance n'existaient pas auprès des Etablissements privés. Cette objection n'apparaît plus aujourd'hui aussi déterminante et l'on voit poindre, dans cette suggestion, la possibilité de réalisations intéressantes. Un administrateur datif commun a été accordé aux pensionnés militaires des établissements privés ordinaires, par une circulaire de 1926. Il n'apparaît pas impossible qu'un administrateur judiciaire commun fût mis à la disposition des familles, qui le désireraient; pour la gestion des biens des malades peu fortunés des asiles privés.

Le deuxième principe juridique respecté par les législateurs de 1838 est le suivant : Le Code Civil, pour des motifs puissants, qui furent rappelés, n'avait pas imposé l'Interdiction. La demande en était facultative pour les familles. Il était donc manifestement exagéré de rendre l'administration obligatoire dans une situation pathologique beaucoup moins grave, celle du malade simplement interné. D'ailleurs, en ce qui concerne la situation comparable de l'absent, la demande d'un administrateur avait été laissée également facultative.

Cependant, une objection grave apparaît ici : Pourquoi la même liberté n'a-t-elle pas été accordée aux familles dans les établissements publics, alors qu'elle était donnée dans les établissements privés ? La loi créait ainsi un privilège inacceptable, à l'égard des malades généralement fortunés des asiles privés, privilège qu'elle refusait aux malades indigents des asiles publics. C'est ici qu'apparaît la notion d'injustice sociale. Les parlementaires de 1838 se sont défendus avec énergie d'avoir voulu créer cette inégalité en faveur des riches. Ils ont fait remarquer qu'il y avait, dans les établissements privés, des malades sans fortune,

entretenus par leurs parents, et qu'on rencontrait en revanche dans les établissements publics des malades fortunés. Cette dernière affirmation est encore plus vraie à l'heure actuelle où les Pensionnats se sont multipliés dans les hôpitaux psychiatriques. Cette sorte de justification n'est cependant pas satisfaisante. S'il n'y a pas une inégalité de traitement, basée sur la richesse, il y a du moins une injustice basée sur la différence des établissements. On peut très bien concevoir que la famille d'un petit commerçant, placé dans un asile public, puisse vouloir gérer elle-même son modeste négoce. S'il s'agit d'ailleurs d'un malade fortuné, les parents ne peuvent, ici, se soustraire à la gestion administrative qu'en demandant obligatoirement la nomination d'un administrateur judiciaire. Pourquoi donc avoir laissé subsister cette injustice ?

Je ferai à cette critique, apparemment légitime de la loi de 1838, une réponse qui va certainement surprendre plusieurs d'entre vous.

Il n'est pas du tout certain que la loi ait voulu créer cette inégalité, qu'elle ait voulu imposer l'administrateur légal commun des asiles publics, c'est-à-dire le délégué de la commission de surveillance. Le texte est imprécis. Il semble même que la question devrait être résolue dans le sens de la liberté laissée aux familles et non dans le sens de l'obligation. On pense bien que cette interprétation ne m'est pas personnelle. Elle ressort de la discussion de la loi. L'objection avait été très clairement soulevée par le Comte de Broglie. La réponse du Ministre de l'Intérieur, le Comte de Montalivet, ne fut pas moins explicite : « L'article 27 (celui qui avait trait à l'administrateur légal commun) est trop absolu dans sa rédaction, car, pour nous, nous avons toujours cru que l'article 27 donnait une faculté tout aussi bien que l'article 28. Ainsi nous répondons que nous avons voulu dans tous les cas établir seulement une faculté. Maintenant, s'il était vrai que la rédaction ne fût pas d'accord avec cette pensée, il appartiendrait à l'autre Chambre de la mieux exprimer. Nous le déclarons une fois encore : telle a été la pensée du Gouvernement. » Le Garde des Sceaux apporta son approbation, déclarant que s'il fallait choisir, pour unifier la loi, entre l'obligation imposée aux familles dans les établissements privés et la liberté laissée aux familles dans les établissements publics, il n'hésiterait pas, il se rangerait à la deuxième solution. Mais, comme il arrive souvent dans les longues discussions, l'ambiguïté, ainsi reconnue, du texte fut oubliée et la rédaction ne fut jamais reprise. Il n'en reste pas moins que l'interprétation exégétique de la loi, conforme à l'opinion officielle du Gouvernement, est

bien en faveur de la liberté dans tous les cas et crée une législation beaucoup plus juste et plus cohérente, qu'elle peut le paraître tout d'abord.

Il y eut en faveur de la faculté laissée aux parents un dernier argument plus discrètement évoqué, mais qui eût une grande influence : c'est le droit sentimental, si je puis dire, des familles de gérer le patrimoine de leur malade. Au cours de la discussion de 1838 on pût discerner une ébauche de la suspicion qui devait grandir plus tard, à l'égard des parents. Mais, dans son sens de la mesure, le législateur de l'époque ne voulut pas entrer dans la voie de la défiance systématique et craignit que l'administration obligatoire n'enlevât trop souvent la gestion du patrimoine à des parents qui en étaient dignes.

Quel chemin rétrograde parcouru depuis lors ! L'obsession de l'internement arbitraire s'est étendu comme une psychose collective. La conviction que l'internement était motivé par des raisons d'intérêt fut intimement liée à cette phobie. L'indignité des familles fut élevé au rang d'un dogme. On ne vit plus que parents avides et malhonnêtes.

Toute une série de projets s'épanouirent alors, dans lesquels la famille était systématiquement éliminée de la gestion des biens de son malade. On légiférait contre les parents. La famille était frappée, elle aussi, d'incapacité. Dans les établissements privés, l'administrateur était légalement imposé et devait être pris exclusivement parmi des hommes d'affaires désignés d'avance sur une liste administrative. On se méfiait même du choix qu'auraient pu faire les magistrats, qui, trop souvent cependant, partagent les erreurs du public sur la possibilité d'internements injustifiés. Que se serait-il passé si de tels projets avaient été votés ? Il aurait donc fallu, du jour au lendemain, nommer pour plusieurs milliers de malades des administrateurs spécialisés, qui seraient devenus des professionnels et dont la gestion se serait apparentée beaucoup moins à celle d'un bon père de famille qu'à celle des liquidateurs et des syndics. Ce sont de telles exagérations qui jugent la valeur pratique de semblables projets et qui les ont fait heureusement échouer. Si l'on veut inciter les familles à faire traiter leur malade en temps opportun, il ne faut pas que cette sollicitude soit considérée comme un acte suspect de leur part, qui doit entraîner une menace de dessaisissement et d'inquisition. Le seul résultat de ces excès serait d'empêcher les parents de placer leurs aliénés dans un asile privé, de les diriger sur des établissements dépourvus de toute protection ou même hors de France. J'estime qu'on ne peut concevoir l'administration judiciaire obligatoire, si l'on

tient absolument à l'appliquer, qu'à une condition : c'est que la famille ne pourra être écartée que si l'on a à son égard des motifs graves de suspicion et qu'elle pourra faire appel en cas d'élimination arbitraire. N'est-il pas aussi simple de maintenir la liberté actuelle de gestion sous certaines conditions ? Il est troublant de constater que lorsqu'on veut apporter des cas précis authentiques, probants, jugés d'indignité grave des familles, on se trouve fort embarrassé. C'est cependant en s'appuyant sur de telles exceptions que l'on veut légiférer pour tous.

III. Insuffisance du contrôle des gestions. — Je n'en pense pas moins qu'un droit de regard de l'autorité publique sur la gestion familiale est une mesure indispensable. Quand ce privilège de gestion est accordé aux familles, il doit s'accompagner d'une contrepartie, qui est le contrôle. Mais la loi de 1838 s'est-elle désintéressée de cette surveillance nécessaire ou n'a-t-elle établi que des mesures insuffisantes comme on le lui a reproché ? Il faut bien constater au contraire que cette surveillance a été tout particulièrement prévue dans la loi pour ce cas spécial. Ce contrôle a été justement attribué à l'autorité judiciaire, représentée par le Procureur, qui est nettement désigné pour ce rôle en sa qualité de « protecteur-né des incapables ». Les droits qui lui sont accordés sont extrêmement importants et efficaces. Il se renseigne, dès l'entrée du malade, sur tout ce qui concerne le patrimoine. On a même critiqué les excès de ces enquêtes qui manquent parfois de tact et de discrétion et qui pourraient être confiées à des agents mieux stylés. Le Procureur a le droit et le devoir de provoquer la nomination de l'administrateur judiciaire si la gestion du patrimoine ne lui paraît pas convenablement assurée par la famille, — et ceci non seulement lors de l'entrée, mais à toute période du séjour, ce qui implique un droit constant de surveillance. Son droit est même plus étendu ici qu'à l'égard de l'interdiction ; il ne peut provoquer celle-ci que dans des cas très limités, tandis qu'il a une latitude entière pour la provocation de l'administration judiciaire. « Ce qui n'est que faculté pour les familles, a-t-on dit au cours de la discussion de la loi, sera pour le Procureur une obligation. » Ces pouvoirs sont si larges que certains les trouvent exagérés ; on leur a reproché de ne pas s'exercer toujours avec la mesure et l'opportunité qui seraient nécessaires. Ce contrôle serait, à mon avis, plus judicieusement efficace encore si un magistrat spécialisé était désigné dans tous les départements, qui serait particulièrement chargé des intérêts de la personne et du patrimoine des aliénés.

Les critiques que l'on adresse à la loi à propos des autres gestions, celle de l'administrateur légal et celle de l'administrateur judiciaire, sont peut-être plus injustes encore.

Pour l'administrateur légal, les projets de réforme proposent de rendre obligatoires des comptes rendus à la Commission de Surveillance. On oublie que la gestion des petits patrimoines dans les asiles publics a été confiée à la Commission de Surveillance elle-même, qui délègue seulement un de ses membres pour remplir cette fonction, mais qui doit exercer, dans l'esprit de la loi, un contrôle permanent sur l'activité de son délégué. Si dans quelques départements cette surveillance n'est pas assez vigilante, on ne saurait en faire grief à la loi.

On propose de même pour l'administrateur judiciaire un compte-rendu triennal à l'autorité judiciaire. Or, la loi a établi que les pouvoirs de l'administrateur judiciaire devaient être renouvelés tous les trois ans par le Tribunal. Dans l'esprit de la loi — et les commentaires ne laissent aucun doute à ce sujet — il incombait au tribunal à cette occasion d'examiner la gestion de l'administrateur et d'apprécier s'il était digne de la continuer.

La loi de 1838 ne s'est pas contentée de ces divers contrôles : elle a voulu établir encore un organe individuel de protection de la personne et des biens ; c'est le curateur. Je dirai peu de chose de ce censeur dont le rôle paraît théoriquement bienfaisant, mais est pratiquement fort délicat. Dépourvu d'autorité, il oscille entre une inaction complaisante ou une hyperactivité querelleuse. La loi de 1838 l'a voulu facultatif. La pratique l'a rendu très rare. Il serait difficile d'en découvrir des milliers de bons exemplaires. La sagesse est de le conserver sans le rendre obligatoire.

La loi de 1838 a régularisé et organisé l'existence d'un autre personnage qui est devenu l'un des défenseurs du patrimoine de l'aliéné, bien que ce rôle n'ait pas été tout à fait prévu par la loi. Sa modestie et sa discrétion professionnelle l'empêchent d'exalter la bienfaisance de son action. Son office de confident des malades et des familles, ses qualités morales, la haute idée qu'il a de sa mission tutélaire auprès des malheureux qui lui sont confiés lui permettraient de rendre les plus grands services et lui mériteraient un rôle moins effacé, et une collaboration plus étroite avec les autres organes de protection. Je veux parler du médecin des établissements d'aliénés et j'entends par là aussi bien celui des établissements privés que celui des établissements publics.

Je serais heureux en terminant d'avoir pu vous convaincre que cette loi centenaire est encore solidement bâtie sur des prin-

cipes toujours vivants, qu'elle est d'une remarquable souplesse qui lui permet de s'adapter à des conditions sociales nouvelles, et qu'il suffirait de quelques retouches légères pour lui infuser un regain de jeunesse qui l'entraînerait vers une nouvelle et longue carrière.

La loi de 1838 et les enfants, par M. Th. SIMON.

Sauf une allusion aux aliénés mineurs la loi de 1838 n'a pas parlé des enfants. Et cependant, dès l'ordonnance de 1839, il est prévu (art. 22) que des locaux spéciaux doivent être réservés dans les asiles à l'enfance et à l'âge adulte. Il semble donc que, d'emblée, et sans qu'il y ait eu hésitation ni embarras, les enfants purent rentrer dans le cadre de la loi. Sa simplicité, la clarté de ses formules, lesquelles couvrent un champ étendu et pourtant précis, facilitaient sans doute cette application.

Depuis quelques années, au contraire, on observe un certain flottement, une hésitation, une répugnance, quand ce n'est pas une opposition, à placer un enfant sous le régime de la loi de 1838. L'assimilation d'enfants anormaux à des aliénés est jugée illégitime. Cela apparaît, à beaucoup personnes, comme une extension fâcheuse, qui n'a pu être admise que comme un pis-aller et qu'il y a lieu de réviser.

Plusieurs raisons rendent compte de cette évolution des idées et des sentiments : en premier lieu la nature même des enfants qu'on se propose de placer, et le degré moindre de leurs troubles qui, tout en réclamant un internat, les éloignent presque autant des enfants internés autrefois que des aliénés proprement dits ; ensuite, l'impropriété des termes, tels que pour les adultes eux-mêmes, on a pu se demander si la place des arriérés était bien à l'asile ; mais la principale cause de l'opposition, il faut bien le reconnaître, est le manque de séparation des adultes et des enfants, qui a toujours choqué administrateurs, corps médical et famille, et qui cependant n'a pas entièrement disparu.

Oh ! je sais, quand les enfants sont assez nombreux, des quartiers spéciaux leur sont affectés, et parfois même des établissements quasi-indépendants. Mais le lieu des consultations, mais le mode d'entrée, souvent encore, se confondent ; et il n'est pas douteux qu'on ajoute ainsi aux difficultés de la mesure à faire admettre en l'assimilant au placement d'un aliéné. Dès 1877, Magnan et Bouchereau envisageaient, sur la demande de l'administration, la création de 12 lits de garçons et de 15 lits de filles à côté du service de l'Admission de Sainte-Anne. L'admission a dû

répondre à des besoins si abondants que jamais ce projet n'a été réalisé. Mais, aussi bien, aujourd'hui, même cette création d'un quartier d'enfants à l'admission nous paraîtrait une erreur que j'ai plusieurs fois signalée. Ce n'est pas comme annexe à l'Admission que pareil service devrait être réalisé, c'est dans un local indépendant. C'est dans un tout autre point de Paris qu'il devrait exister un centre de triage réservé aux enfants et à leur répartition selon leur état dans les divers établissements de la Seine.

Ce n'est pas d'ailleurs seulement pour la Seine et pour le mode d'entrée qu'il y aurait intérêt, croyons-nous, à faire, pour les enfants anormaux, ce que l'Assistance publique a réalisé pour les enfants malades, à savoir des consultations et des hôpitaux autonomes. C'est toute la législation qu'il conviendrait de détacher. J'ai rédigé, il y a quelques années, un projet à ce sujet que l'Association des médecins des Asiles a beaucoup perfectionné (1) et qu'un faible effort pourrait sans doute mettre au point. L'avantage en serait d'unifier les lois diverses concernant l'enfance anormale et de fixer enfin à l'enfance un statut spécial selon ses besoins propres. Mais, chose curieuse, et qui me ramène au sujet qui nous occupe aujourd'hui, bien que sous d'autres titres, la plupart des dispositions de la loi de 1838 devraient figurer dans cette législation de l'enfance, notamment les placements d'office, parce qu'il y a des enfants qu'il faut maintenir contre le désir des familles ; puis certaines mesures de garanties et de contrôle ; et plus encore peut-être le mode de recouvrement des frais de pension, parce que, loi d'assistance, les dispositions de la loi de 1838 offrent à cet égard, pour des affections de longue durée, une rédaction particulièrement adaptée.

Ainsi, constamment, et même quand on croit avoir à la critiquer, la loi de 1838 présente une appropriation si exacte aux situations qui s'offrent journellement, qu'elle peut toujours constituer la base essentielle sur laquelle construire, ou qu'il convient d'imiter. C'est ainsi, d'ailleurs, que tout récemment, une extension de l'assistance médicale gratuite aux enfants éducatibles semble susceptible d'assurer, dans une certaine mesure, une durée de placement suffisante à leur redressement. De toutes façons on ne saurait oublier les services rendus aux enfants par la loi de 1838, et qu'elle aura fait, pendant tout un siècle, — et probablement plus d'un siècle, — la transition nécessaire entre l'abandon total et l'organisation souhaitée plus ou moins en voie de réalisation.

(1) *Aliéniste Français*, mai 1932.

L'esprit des projets de revision de la loi du 30 juin 1838,
par M. DESRUELLES.

D'après Th. Roussel, la loi de 1838 a été admirée à juste titre et prise pour modèle à l'étranger. Elle est devenue l'objet d'attaques passionnées qui ont troublé l'opinion publique, l'ont égarée par moments et ont contraint les pouvoirs publics à s'en préoccuper.

Cette citation montre qu'à la suite de violentes campagnes de presse, l'opinion publique fit pression sur les gouvernements contraints, pour lui donner satisfaction, à mettre à l'étude des projets de révision d'une loi si bien étudiée, si bien discutée, si sage, et qui, pendant plus de vingt ans, n'avait donné lieu à aucune critique.

Le premier scandale est l'affaire Sandon.

Sandon, à la suite de procès qu'il intentait au Ministre de l'Intérieur Billault, après avoir été arrêté seize fois par la police, fut interné à Charenton pour manie raisonneuse et libéré par décision du Tribunal après la mort de son ennemi, le Ministre Billault. Aussitôt, la Presse d'opposition s'empare de cette affaire propre à créer des ennuis au gouvernement impérial. Sandon intente un procès aux médecins Tardieu, Blanche, Par-chappe, Foville, Baillarger et Mitivié ; il prononce lui-même son plaidoyer qu'il publie et où il accuse les médecins de complaisance coupable envers un ministre tout puissant (1).

Cette pseudo-séquestration arbitraire est exploitée, contre le gouvernement impérial, par les journaux de l'opposition, par les journaux démocratiques ; puis, chose curieuse, tous les journaux s'en emparent, aussi bien à Paris qu'en province, non seulement ceux qui représentent l'opinion religieuse et légitimiste, mais même les journaux bonapartistes. C'est alors, et pendant plus de dix ans, une campagne ardente, passionnée, non seulement contre la loi de 1838, mais contre les médecins, les aliénistes en particulier. Le gouvernement de l'Empire ne réagit pas ; il semble même avoir préféré que l'opinion publique se passionne contre la loi de 1838, les asiles et les aliénistes, que contre sa politique.

Le Sénat reçoit alors de très nombreuses pétitions contre la loi de 1838, les asiles et les médecins.

(1) Après intervention de Jérôme Bonaparte, Sandon obtint une indemnité et se mit à écrire des brochures bonapartistes : sans parti-pris, Sandon paraît avoir été un persécuté, et peut-être un maître-chanteur. L'un n'exclut pas l'autre.

L'une d'elle émane « d'une pauvre infirmière » de l'Asile de Châlons-sur-Marne, Aline Lemaire, qui la publie dans les journaux, et où elle vitupère contre « l'omnipotence médicale sans contrôle sérieux, la séquestration indéfinie, l'abandon complet d'un citoyen déclaré fou par un seul médecin à un autre médecin, seul chargé de le nourrir, de le soigner, de juger son état mental... et qui jouit du pouvoir discrétionnaire de traiter et de punir l'aliéné (1) ».

Cette violente diatribe fut, d'après Guérout, « le signal de l'attaque contre l'école aliéniste » et des journaux (comme « *La Presse* ») décrivent les asiles « lieux de misère et de torture, oubliettes où le pouvoir médical, sombre et despotique, règne sans contrôle ».

Parmi ces pétitions, la plus importante est celle du D^r Turck qui la publia sous le titre « l'école aliéniste française, l'isolement des fous » ; Turck affirme que les fous, dans les asiles, meurent des mêmes maladies que les animaux sauvages enfermés dans les ménageries, d'ennui et de désespoir ; Turck dit qu'en 40 ans, les asiles français tuent 120.000 citoyens ; d'après lui, en 1836, il y avait 20.000 aliénés internés, comme il y en avait 40.000 en 1864, et que la folie n'a pas augmenté, il en conclut qu'il y a 20.000 séquestrations arbitraires.

Les journaux reproduisent ces pétitions, et avec quels commentaires ! La mode est alors d'en adresser au Sénat qui en reçoit de toute la France ; elles émanent d'aliénés internés ou sortis d'un asile, ou en liberté, et de n'importe qui. Toutes accusent la loi de favoriser les séquestrations arbitraires avec la complicité des médecins. Le D^r Saurel demande que « les médecins ne puissent plus délivrer de certificats pour des établissements dont on ne sait pas comment on en sort ».

Le D^r Thulié, ancien interne de Charenton, réfute les exagérations absurdes de Turck, mais s'associe aux critiques formulées contre la loi.

Le Sénat nomme une commission chargée d'examiner ces pétitions, et son rapporteur Suin, conclut que ces attaques sont mal fondées et que la loi est bonne, que toutes les garanties y sont données contre les séquestrations arbitraires.

Cependant, d'autres séquestrations pseudo-arbitraires (celle de Sellière, de Mlle de Monastério) continuent à alimenter ces

(1) Une enquête administrative montre que cette pétition était inspirée par l'Aumônier de l'asile dans le but de créer des ennuis au Médecin-Directeur, Aline Lemaire et l'Aumônier furent révoqués.

polémiques, lorsqu'un autre pétitionnaire au Sénat, Garsonnet, publie en 1869, une brochure sur « la loi sur les aliénés, nécessité d'une réforme ». Garsonnet, qui reconnaît, dans sa préface, avoir été « atteint deux fois d'un délire aigu authentiquement constaté » (*sic*), écrit : « La médecine spécialiste ou aliéniste, celle des Pinel et des Esquirol, est un amas d'erreurs dangereuses avec lesquelles il faut en finir, car, depuis plus de soixante ans, elles peuplent les maisons de fous. » Garsonnet proteste contre « le pouvoir médical qui a usurpé des attributions formidables... C'est un médecin qui vous déclare fou, c'est-à-dire qui vous prive de votre liberté ; c'est un médecin qui vous reçoit, c'est-à-dire qui devient l'arbitre de votre liberté ; c'est encore un médecin qui vérifie la légalité de la réclusion prononcée, c'est-à-dire qui prononce souverainement ou s'il faut vous rendre votre liberté, ou s'il faut vous en priver à jamais », et il termine ce violent réquisitoire contre les médecins : « le vrai bienfaiteur de l'humanité, a dit judicieusement le D^r Turck, est celui qui détruira l'œuvre de Pinel. »

Le Gouvernement Impérial s'émeut un peu et fait faire en 1869 une enquête administrative sur la loi ; un décret crée une commission extraparlamentaire, présidée par le Sénateur Boudet : sur 49 réclamations, étudiées par cette commission, quarante et une sont repoussées comme non fondées, huit sont accueillies et, après enquête, on apprend que deux d'entre elles émanent d'aliénés séquestrés deux fois, cinq l'ont été cinq fois, et une a été écrite après dix placements successifs.

Cependant ces attaques violentes continuent ; elles visent, non pas tant la loi que les médecins, tous les médecins. Des aliénistes comme Dagonet, Parchappe, Motet, Casimir Pinel, s'efforcent d'y répondre ; des praticiens s'émeuvent : Collineau, dans un rapport à la Société médico-pratique de Paris, proteste contre les accusations où « la dignité médicale est en suspicion » ; l'Association Générale des Médecins de France proteste également.

Nous nous sommes étendus un peu sur le climat violemment hostile aux médecins à la fin du second empire, parce que ces campagnes de presse sont à l'origine des campagnes de presse actuelles, bien atténuées ; elles sont surtout à l'origine du premier projet de révision de la loi de 1838, qui aura une influence sur tous les suivants et dont nous allons parler. Ces polémiques ont créé le préjugé de la séquestration arbitraire, le préjugé de la liberté individuelle mal garantie par une loi qui permet aux médecins par ignorance ou par cupidité de faire enfermer, ou maintenir enfermé un être sain d'esprit.

Aussi Gambetta et Magnin, les auteurs du projet de révision de 1870, se sont inspirés de cet esprit de méfiance et d'hostilité à l'égard de la médecine. Les sources de l'exposé des motifs des projets sont les pamphlets de Turck et de Garsonnet. Gambetta et Magnin écrivent : « C'est la résistance acharnée de la médecine aliéniste qui a fait la loi, qui l'applique et qui en vit... Le législateur a préconisé, élevé à la hauteur d'une institution une thérapeutique barbare qui fait plus de victimes qu'elle n'a sauvé de malades... La liberté individuelle n'existe plus aujourd'hui puisqu'elle est à la merci du certificat d'un médecin. »

L'essentiel de ce projet de loi est de conférer à un jury composé de deux magistrats, d'un avocat, d'un conseiller municipal, de six jurés (tirés au sort sur la liste des jurés d'assises) et d'un unique médecin, le droit de se prononcer, en présence du présumé aliéné et de son avocat sur la nécessité de l'internement. Cette idée baroque est empruntée à Turck. Ce système de jury ne mérite pas une discussion sérieuse (Larnaude) et Dubief écrira plus tard que cette singulière conception montre combien était puissante la pression de *l'opinion publique*. Peut-être y verrons-nous, avec Roussel, l'influence d'Elias Degnault qui écrivit, en 1832, un livre sur « le degré de compétence des médecins dans les questions relatives aux aliénations mentales ».

Après avis de la Société de Législation comparée, présidée par E. Bertrand, réunie dès 1869, Roussel, Jozon et Desjardins font, en 1872, une proposition de loi plus raisonnable à l'Assemblée nationale, et ils demandent l'institution d'une Commission permanente de surveillance et d'un conseil de contrôle dans chaque chef-lieu d'arrondissement où il existe un asile. Blanche, Dagonet, Falret, Lunier et Voisin ont pris part à l'élaboration de ce projet.

Huc, professeur à la Faculté de Droit de Toulouse, écrit en 1883 : « Le corps médical, directement mis en cause, a cru son honneur engagé, et l'administration a été maladroitement incriminée comme solidaire ou complice du corps médical. » Cependant il déplore que le premier venu, porteur d'un certificat émané d'un *médecin quelconque*, ait qualité pour faire enfermer un citoyen dans un établissement d'aliénés. Il estime que le vice principal de la loi de 1838 est la substitution de l'action privée ou administrative à l'action judiciaire et, sans attaquer les médecins, Huc observe que la meilleure garantie contre l'arbitraire résulte de l'honorabilité de divers membres du corps médical, et de l'honnêteté et de la prudence des agents administratifs.

Tenant compte des réclamations de la Presse et des adversaires de la loi, le gouvernement est obligé de créer une com-

mission extraparlémentaire de révision, et Fallières, ministre des cultes, dépose, le 25 novembre 1882, un nouveau projet de loi « pour prévenir par l'intervention judiciaire le danger d'admissions arbitraires sans retarder par des complications de procédure l'entrée en traitement des malades ».

A partir de cette date, et en particulier grâce aux travaux de Huc, on invoquera ce principe de droit que les questions de liberté individuelles ne peuvent être tranchées que par l'autorité judiciaire. Ce projet, qui amoindrit le médecin d'asile par sa suspicion (Constans), supprime les asiles privés, crée des quartiers d'observation dans les asiles pour les aliénés admis provisoirement, et des asiles d'aliénés criminels.

Th. Roussel en est le rapporteur et il écrit son remarquable rapport de 1884.

A ce propos, Blanche, à l'Académie de Médecine, insiste sur ce fait que le gouvernement a voulu donner satisfaction à une *opinion publique* égarée et Roussel écrit que le projet de loi a été proposé pour rassurer *l'opinion publique* (Roussel ne dit pas pour protéger la liberté individuelle).

Lors de la discussion au Sénat, Combes propose, sans aucun succès, de remettre le droit de décider d'un internement, non au Préfet ni au Tribunal, mais au médecin, seul compétent. Nous voyons donc que l'atmosphère du Sénat est moins défavorable aux médecins que celle de la Chambre.

En 1890, à la Chambre, nouveau projet de loi de Reinach, nettement hostile aux médecins. Son auteur demande : « si la science aliéniste est assez bien faite pour qu'on puisse enfermer les gens sur la déclaration d'un ou deux médecins et si l'internement des fous est un moyen de les guérir ; il craint que la liberté individuelle ne soit abandonnée, sans péril, au diagnostic souvent erroné et parfois complaisant de l'homme de l'art ». Evidemment, il rappelle les affaires Sandon, Sellière, de Monastério. Puis nouveau projet de Reinach et du D^r Lafont en 1893, dont les motifs sont textuellement copiés sur le précédent où Reinach écrit : « Alors le maître absolu, l'arbitre souverain, c'est le médecin de la maison de fous. Il est honnête, il est désintéressé, soit ! mais n'est-il pas un spécialiste ? » et Reinach en conclut qu'il doit trouver des fous partout.

Evidemment on peut substituer l'autorité judiciaire à l'autorité administrative, mais le jugement des magistrats se basera sur cette opinion médicale suspectée et redoutée.

Ce projet n'aboutit pas et Giraud fait remarquer que le retard à faire aboutir cette réforme est la meilleure réponse à faire à ceux qui croient à la séquestration arbitraire dans les asiles.

Les attaques recommencent dans la presse, Poincaré (*L'Œuvre*, 1883) a écrit : « Le médecin de l'asile concentre tous les droits. Il a la toute-puissance. Il est maître et seigneur... Un de mes amis prétend que l'aliénation mentale la plus incurable est celle des médecins aliénistes. » Les écrivains les plus ardents sont Jourdan, Hector Malot, Sarcey, qui écrit en 1896 : « Souvenons-nous que la loi autorise les mêmes abominations. » Lepelletier (*Echo de Paris*, 1895) demande « quelle garantie offrent ces hommes de science et de préjugés ?... La plupart de nos éminents aliénistes sont devenus de véritables aliénés, leur folie est le panaliénisme ». Les erreurs, à force d'être répétées, acquièrent la vertu d'une vérité démontrée (Paul Garnier).

Nouveau projet du D^r Dubief, ancien directeur-administratif de l'asile de Marseille, qui rappelle — encore — l'affaire Sandon et qui, citant quelques anecdotes, critique, avec ironie, les médecins d'asile. Il est moins violent, mais plus perfide que ses prédécesseurs. Il y a quatre rapports Dubief où leur auteur, s'il reconnaît que la science aliéniste a fait de remarquables progrès, répète que la *conscience publique* est secouée par quelques drames de la séquestration arbitraire dont il importe au plus haut point d'empêcher le retour.

Masson, dans une thèse de droit en 1932, rappelle — encore — les affaires Sandon, Sellière, de Monastério, qui provoquèrent un affreux scandale et une campagne de presse passionnée qui dure encore, et dans le remarquable rapport de Larnaude (1904) à la Société d'études législatives, dans la discussion qui suivit, on peut noter : « les attaques sont exclusivement dirigées contre les médecins... pour la Presse, le grand coupable, c'est la loi ; le complice, c'est le médecin... il faut rassurer l'*opinion*... L'*opinion publique* s'est, à maintes reprises, émue d'internements qu'on déclare arbitraires. » Le conseiller Voisin estime qu'il est dangereux de maintenir un système qui repose sur le certificat de médecins non préparés par des études antérieures à donner une solution à cette question si redoutable. »

Lors de la discussion rapide à la Chambre de son projet, Dubief a dit, en parlant des médecins des asiles : « l'organisation actuelle ne sert qu'à ouvrir les asiles à tous les éclopés des autres concours. » Dans son livre sur le régime des aliénés, Dubief, faisant allusion aux aliénistes de province, dit qu'ils sont « toute la queue de la profession ». En résumé, ce projet demande l'intervention constante de l'autorité judiciaire : l'*opinion publique* la réclame (Giraud).

Enfin, le premier rapport Strauss au Sénat (1912) est moins

hostile aux médecins, et aux médecins des asiles. Il déclare que l'intervention des tribunaux, lors de l'internement, est parmi les premières nécessités, *l'opinion publique* la réclamant impérieusement.

Notre Président, M. Fillassier, dans une très bonne analyse de projet Strauss, écrit que la première préoccupation des divers auteurs des projets de révision a été de mieux protéger la liberté individuelle contre les abus que *l'opinion* redoute d'instinct, bien que leur réalité n'ait pas toujours été démontrée.

Les projets de loi de 1928 et de 1932 de M. Strauss n'attaquent plus les médecins, la proposition de loi Leculier propose, avec beaucoup de sagesse, des modifications partielles à la loi de 1838.

Par ces citations, j'ai voulu montrer avec quel esprit hostile à tous les médecins, hostile aux aliénistes en particulier, les premiers projets de loi ont été élaborés. Ils ne l'ont été que pour satisfaire une opinion publique excitée par de violentes campagnes de Presse dont nous pouvons sourire aujourd'hui, mais qui ont laissé des traces. De temps en temps, ce vieux bateau de la séquestration arbitraire reparait, pour disparaître brusquement. De nouvelles campagnes commencent, elles ne durent pas.

La loi de 1838, quoi qu'on ait dit, est une loi essentiellement médicale, inspirée par des médecins, il est logique, quand on l'attaque, que l'on attaque les médecins.

Ce rapport aurait pu être intitulé les attaques de la Presse contre la loi de 1838, contre les asiles, contre les aliénistes, ou l'opinion publique et la loi de 1838. Les premiers projets de révision de la loi, plus encore que les derniers, ont eu surtout pour but d'apaiser une opinion publique alarmée par des campagnes de Presse aussi injustes que violentes, et qui ont créé ce préjugé de la séquestration arbitraire avec la complicité du médecin.

L'esprit des projets de révision a été de renforcer le contrôle des médecins, et ils ont toujours été des mesures de suspicion à l'égard des médecins, pour satisfaire l'opinion publique.

En relisant l'exposé des motifs de ces différents projets, j'ai eu l'impression, qu'à mesure que leurs auteurs approfondissaient la question, leur conviction dans les séquestrations arbitraires diminuait ; qu'à mesure que, peu à peu, et dans les différents projets, la question était mieux étudiée, la méfiance à l'égard des médecins diminuait également, et que même un certain scepticisme se manifestait sur l'utilité d'une réforme.

C'est probablement pour ces raisons que les projets de révi-

sion n'ont pas abouti. Ils ont été engagés sous la pression d'une opinion publique, apaisée au moment où on pouvait les réaliser. D'ailleurs, par rapport à ce qu'elles ont été à la fin du Second Empire et au commencement de la troisième République, les attaques de la presse se sont atténuées ; elles manquent de vraie conviction, et elles laissent une partie du public assez sceptique. D'où leur courte durée.

La sagesse, actuellement, est d'améliorer la loi.

Je puis conclure, en citant un autre juriste, Desmazes : « L'expérience du passé rassure d'ailleurs sur l'avenir, car aucun abus, aucun manquement sérieux n'a été nulle part signalé ; donc, nous pensons qu'il faut maintenir en son entier, pour la France, la législation concernant les aliénés, au lieu de se livrer à des essais toujours pleins de témérité, de périls, d'incertitude et d'inconnu. »

Un demi-siècle d'assistance des aliénés avant la loi de 1838, par M. Paul CARRETTE.

Le nombre impressionnant des publications qui, depuis trente ans, nous ont documentés sur le régime des aliénés avant la loi du 30 juin 1838, n'a pas contribué à simplifier et à clarifier notre jugement en la matière. Beaucoup de médecins intéressés par la question se sont mis à la recherche de renseignements inédits. Persuadés de l'importance de leurs découvertes, ils se sont improvisés historiens. Le courant d'opinion ayant passé à la réaction contre le dogme de la Révolution bienfaisante aux aliénés et révélatrice de la psychiatrie moderne, chaque nouvelle publication confirmait la valeur des anciens systèmes d'assistance. La critique des textes est une science délicate. La tendance à systématiser, l'entraînement du préjugé et du tempérament lui font un tort constant. La foi aveugle dans la chose imprimée, dans le document d'archives consacré par le temps propage l'erreur. Il faut cependant admettre que les auteurs que nous consultons pouvaient se tromper, se laisser guider par la passion ou l'intérêt. En 1793, Tenon, toujours si objectif, si pondéré pourtant, subit l'ambiance et écrit : « Nous n'avons point de ces hôpitaux de fous pour le traitement de la folie ; c'est un oubli cruel de l'ancien régime, s'il se prolongeait, il deviendrait un crime national », mais en 1818, Esquirol observe que la Royauté s'est toujours intéressée au sort des

aliénés. Le vent a tourné. Dans l'ordonnance de Colombier (1785), sur « la manière de placer, garder et diriger les insensés », on trouve des indications nettes sur un Asile « où les malades sont traités, où les cures sont un peu soutenues ». Colombier est inspecteur à Charenton et on retrouve, dans sa description, des faits qui concernent, à coup sûr, cet établissement. Cependant, nous savons aujourd'hui qu'il n'y avait que des chroniques à Charenton. Tenon ne le cite pas comme Asile où l'on soigne les aliénés et Esquirol nous apprend qu'on se bornait à garder les malades, « à leur rendre la vie aussi supportable et aussi douce que le comportait leur état ».

On est certes mieux renseigné actuellement sur les mesures prises pour garder les aliénés et sur les traitements appliqués. On n'accepterait plus des opinions aussi simplistes que celles de Howard — si souvent cité — qui parcourait l'Europe pour constater « l'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force ». Il publiait, en 1788, le résultat de ses enquêtes et nous y voyons que, s'étant introduit à la Bastille et ayant été éconduit par un gardien, il s'éloigna heureux de retrouver la liberté et imaginant le sort affreux des déshérités qui vivaient à l'abri de ses murs effrayants (1). Un parlementaire, un médecin éviteraient

(1) HOWARD (John) : *Etat des prisons, des hôpitaux et des maisons de force*, 2 vol., édité chez Lagrange, à Paris, 1788.

« Je désirai d'examiner la Bastille moi-même, et, dans ce dessin, je frappai fortement sur la porte extérieure : on l'ouvrit. Je m'avançai au travers de la garde placée sur le pont-levis qui est à l'entrée du château ; mais tandis que je contemplois cette triste et sombre demeure, un officier survint, il me surprit, et je fus forcé de rétrograder, en silence, au travers de la garde et de jouir au dehors de cette liberté qu'il est presque impossible d'obtenir, lorsque les terribles verroux de ce lieu redoutable se sont une fois fermés sur vous. »

Cette description vient à la suite d'une description fort détaillée, accompagnée d'un plan. Les renseignements proviennent d'un correspondant mystérieux dont les écrits furent interdits en France en 1774 et qui fut longtemps enfermé à la Bastille.

**

L'excellente bibliographie qui termine la thèse de Mme le D^r Hélène BONNAFOUS-SÉRIEUX, travail récent, aisément accessible, permet de retrouver la plupart des références utilisées.

Consulter cet ouvrage : *La Charité de Senlis*. Thèse de Paris, 1936, 1 vol. in-8°, 339 pages. Édition Les Presses Universitaires de France.

Et, également : Le rapport de la *Commission du Sénat* pour la réforme de la loi du 30 juin 1838, par Théophile ROUSSEL, 1884.

BRIERRE DE BOISMONT : *De l'influence de la civilisation sur le développement de la folie*. « Annales d'Hygiène publique », t. XXI, 2^e partie, 1838.

CABANIS : *Rapports du physique et du moral de l'homme*, 2 vol. Imprimerie de Crapelet, Paris, 1805.

GUISLAIN : *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*, 2 vol., Amsterdam, 1826.

d'écrire, comme Dubief en 1896, que les aliénés étaient, avant la Révolution, « accusés de tous les malheurs publics, traqués comme des fauves, enfermés dans des prisons », ou comme Théophile Roussel, qu'ils étaient « saisis, jetés dans des cachots et traités comme les pires criminels ». On sait, grâce aux remarquables travaux de M. Sérieux, que la Bastille, sans être comparable à ces palais arabes qui dissimulent derrière de sombres murailles les charmes d'une vie délicate et luxueuse, ne méritait pas les épithètes « d'exécration, infâme et maudite » si généreusement dispensées par Michelet. C'est encore M. Sérieux qui nous a montré avec quelle prudence et quel zèle on gardait les aliénés dans des Charités comme celle de Senlis, par exemple. Et malgré sa haine et sa véhémence, Mirabeau lui-même est bien forcé d'admettre qu'il y avait, à Manosque, un établissement où le Père Poution avait mérité le nom de « guérisseur des fous ». Nous avons appris à connaître également ce service des aliénés aigus de l'ancien Hôtel-Dieu, où les traitements étaient appliqués avec une vigueur, une constance qu'on a peine à imaginer aujourd'hui. Comment prétendre qu'on ne soignait pas les aliénés, alors que Pinel s'est employé à combattre les excès d'une thérapeutique physique systématique et brutale pour remettre en honneur les pratiques de la psychothérapie.

Bref, l'opinion se trouve en présence de deux tendances contraires dont l'une paraît entachée de passion et d'ignorance, et l'autre documentée aux meilleures sources, objective dans son examen des faits. Et pourtant, ces tendances extrêmes renferment sans doute leur part de vérité et d'erreur parce qu'elles ne s'adressent qu'à des états particuliers de la question de l'Assistance des aliénés.

Il existe une autre source de confusion. C'est celle des dates. Les périodes troublées de la Révolution et de l'Empire ne pouvaient pas être favorables aux progrès de l'Assistance des aliénés, question qui demande une série d'efforts opérés dans le calme et la continuité. L'opinion schématique du public est connue. Elle s'appuie, comme toujours, sur une image nette et frappante. Pinel déchaîne les aliénés et inaugure une période de traitements humains où la bienveillance remplace les pratiques barbares de l'Ancien régime. Et cette opinion, si elle trahit la vérité dans les conséquences, paraît très juste dans l'actualité. Pinel n'était pas seulement l'homme des circonstances. C'était un de ces êtres supérieurs qui font l'histoire et dominent les événements. Ce n'était pas uniquement Couthon, Saint-Just et les Révolutionnaires qui le considéraient comme l'homme

d'action capable d'opérer une réforme capitale des Asiles, mais déjà avant la Révolution, le cénacle de Mme Helvétius, qui réunissait surtout des philosophes et des médecins, voyait en lui le réalisateur, tandis que Cabanis, médecin remarquable, ami diligent, esprit supérieurement clairvoyant, collaborait activement malgré les événements contraires.

Si l'on veut bien comprendre les faits, on peut résumer ainsi la question. Sous l'impulsion des réformateurs, une transformation de l'assistance des aliénés apparaît indispensable en 1788-89. Les preuves abondent de leur activité. Les réformes allaient aboutir. Tenon, Cabanis, La Rochefoucault-Liancourt, Colombier et Doublet, combien d'autres, ont étudié la question. On a envisagé la réforme de l'Hôtel-Dieu, l'aménagement de Sainte-Anne, la construction de l'Hôpital de l'Île-des-Cygnés. La Révolution s'installe. La réalisation des projets est différée, puis on chasse les religieux qui soignaient les malades et les aliénés errent dangereusement au point qu'on est amené à édicter des mesures d'urgence pour les retenir. On revient bientôt à des conceptions plus saines par nécessité. On pourrait citer de nombreux exemples. Rappelons celui de Charenton, cité par Esquirol. La maison est riche. Les Frères sont chassés, les aliénés dispersés. Les biens sont confisqués. En 1797, le Directoire essaye de reconstituer l'établissement. On nomme directeur un ancien religieux prénommé M. de Coulmier et un médecin-chef Gastaldy qui vient d'Avignon où il a fait ses preuves dans une maison d'aliénés ayant déjà acquis une certaine réputation sous l'Ancien régime. Puis c'est le Consulat et l'Empire. La réforme de Pinel n'a pas porté tous ses fruits. On n'a pris que des mesures locales. On revient aux initiatives individuelles. La situation est partout défectueuse. Reil s'en plaint en Allemagne en 1803, Tenon en France en 1806. L'Hôpital de Bedlam, en Angleterre, considéré 20 ans plus tôt comme un modèle du genre, traverse une période de désorganisation ainsi que l'indique Bennet en 1815. Et, en 1818, Esquirol nous dit encore qu'on pouvait voir en France des aliénés « enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales ». Malgré tout la question est dans l'air. On y revient à plusieurs reprises. La circulaire ministérielle du 17 juillet 1817 envisage la possibilité de créer des Asiles départementaux pour les indigents. Il ne s'agit pas encore d'un établissement par département, mais le Ministre Laisné considère qu'une Maison centrale d'aliénés correspondant au ressort d'une Cour d'Appel est un minimum réa-

lisable. Il était loin d'imaginer les vrais besoins de l'Assistance. Le 16 juillet 1819 l'annonce de la formation d'une Commission d'examen est rendue officielle et, pendant vingt ans, on préparera la mise en vigueur de la loi du 30 juin 1838 sans désespérer.

En résumé, si nous divisons schématiquement le temps en quatre périodes, nous trouvons : 1° une phase de projets de réforme (1785-1790) ; 2° une ère de désorganisation (1790-1795) ; 3° de 1795 à 1818 le marasme et l'abandon ; 4° une période féconde de préparation à la loi. Or, cet examen ne nous laisse nullement entrevoir pourquoi et comment la loi de 1838, série de mesures si admirablement comprises, a pu aboutir. On invoquera le retour à une situation politique calme, les nécessités sociales, l'excès du mal appelant le remède. Tout cela est vrai, mais à ces conditions générales de renouveau, il faut ajouter deux ordres de facteurs essentiels : les progrès de l'assistance et de la législation d'une part ; les progrès scientifiques d'autre part. L'enthousiasme qui signalait l'incubation du Romantisme a donné de nouvelles écoles artistiques. Les hommes de science ne sont pas restés en arrière. Tandis que l'art en créant des formes d'expression nouvelles ne progresse pas puisqu'il atteint pour chaque cycle la perfection exclusive voulue par ses adeptes, la science profite de l'élan imprimé aux énergies ; elle ajoute ses découvertes nouvelles aux acquisitions anciennes. En ce premier tiers du XIX^e siècle, elle développe parallèlement au mouvement artistique sa préoccupation des conditions de la vie humaine. Le souci historique et le renouveau philosophique devaient en être la conséquence. La médecine était engagée dans ce mouvement par ses points de contact avec la philosophie et la sociologie. Alors que la neurologie et la biologie par exemple attendent longtemps un nouveau stade d'évolution propice, la partie de la médecine la plus proche des préoccupations philosophico-sociales, la médecine mentale, recevra la première l'élan imprimé par la renaissance scientifique. Et voici qu'apparaissent les premiers psychiatres. On trouve bien dans les écrits du XVIII^e siècle de volumineux traités sur les maladies des nerfs, comme celui de Tissot ; on admire les observations de Lorry ou d'Andry sur la mélancolie ; on s'intéresse aux subtilités nosologiques de Dufour ou aux essais de Daquin, excellent clinicien condamné à un demi-oubli par la modestie et l'éloignement, mais ces esprits curieux n'étaient pas des psychiatres. Ils s'inspiraient de la phrase de Syllivius : « Quiconque ne sait traiter les maladies de l'esprit n'est pas médecin. » Ils pouvaient citer à l'appui

de leurs observations celles d'Arétée de Cappadoce ou de Coelius Aurelianus. Après quinze siècles, comme le rappelle Trélat, il fallait en revenir aux écrits des Anciens et oublier les errements du Moyen Age. Tout cela est la preuve d'une louable activité, d'un effort pour repartir sur des bases solides sans progrès véritable. Par contre, voyez en quelques années l'avance parallèle de la Psychiatrie et de l'Assistance des aliénés. Rappelez-vous la thèse de Bayle, les travaux de Georget, les ouvrages de Guislain et d'Esquirol. Par ailleurs, relisez les admirables travaux de M. Sérieux et vous verrez au XVIII^e siècle les gens de qualité atteints de troubles mentaux renfermés dans les Charités, entourés de soins judicieux, les motifs de leur placement exposés dans des enquêtes rigoureuses, les précautions prises pour la sauvegarde de leurs intérêts. Ils sont quelques centaines qui profitent des lumières et du dévouement des religieux. Et il y a des milliers d'aliénés dans le pays qu'on garde dans des dépôts, dans les familles, dans des hôpitaux. A Lyon, à Avignon, à Paris, on leur procure ces soins physiques abondants et systématiques dont nous avons parlé. Pour Paris, après deux périodes de six semaines, c'est le transfert obligatoire de l'Hôtel-Dieu à Bicêtre ou à la Salpêtrière pour éviter l'encombrement ; car le nombre des aliénés augmente. Brierre de Boismont nous le prouve et il attribue cette progression aux convulsions sociales, — cause d'afflux brutal, mais temporaire, — et au développement consécutif d'une civilisation plus raffinée, — cause permanente des progrès de la folie dans les grandes cités modernes industrialisées.

Il faut, de toute évidence, qu'un corps de médecins spécialistes se constitue. Œuvre de longue haleine qui ne s'ébauche pas au moment des essais de réformes de 1788-89 et qui a rendu leur édifice si vulnérable.

Le placement d'un aliéné sous l'Ancien régime s'effectue par l'intermédiaire de la lettre de cachet. La demande provient d'une enquête ou de la famille ; elle déplace des fonctionnaires. La sortie exige les mêmes collaborations. Dans toutes ces opérations le médecin protecteur du malade et de la société ne joue aucun rôle. Et tant qu'il n'aura pas imposé son autorité compétente aucune réforme n'aboutira. Comme on est heureusement surpris de lire dans l'ouvrage de Guislain (de Gand), publié en 1826, ces lignes révélatrices de l'évolution qui s'opère : « Il serait avantageux au gouvernement de donner à ce personnage (le médecin) des appointements solides, même considérables. Il serait encore plus utile que défense lui fût faite d'exercer la médecine hors de

la maison. C'est le moyen d'avoir un homme qui s'applique exclusivement à l'étude des maladies mentales ». Ce médecin sera pour Guislain « le chef suprême... et le directeur sera sous ses ordres ». Ainsi, en ce qui nous concerne, le progrès des idées de liberté et de bienfaisance, le renouveau scientifique et philosophique se matérialisent en un personnage nouveau qui apparaît au début du XIX^e siècle : le médecin-psychiatre. Ces réformes qu'il a voulu obtenir, cette loi qui garantit les droits de l'aliéné et protège la société vont devenir sa propre protection. Mais une loi ne suffit pas au maintien d'une institution. Si le médecin d'asile avait failli à sa tâche, l'échec eût été complet. Depuis cent ans quelles luttes n'a-t-il pas soutenu contre les préjugés, contre la routine, épaulé par l'Administration ? Voyez ce que le corps des Médecins d'Asile a fait déjà, voyez ce qu'il réalise chaque jour, voyez ce qui adviendrait de l'Assistance psychiatrique dans un département où le Médecin-chef de l'Asile manquerait d'énergie, de courage et d'intelligence. L'importance de son œuvre philanthropique grandit avec celle de sa production scientifique et n'a-t-il pas démontré que la loi de 1838, loin de le gêner, assure la continuité, la sécurité et la dignité de son activité professionnelle ?

En conclusion de la séance, MM. FRANTZ ADAM, BEAUSSART, DEMAY, DESRUELLES, LAUZIER, proposent à la Société Médico-psychologique d'adresser à M. le Ministre de la Santé publique, un *vœu* analogue à celui que lui a adressé l'Association Amicale des Médecins Aliénistes français, exprimant le désir que le jour même de son centenaire, c'est-à-dire le jeudi 30 juin, la loi de 1838 soit célébrée et commentée dans tous les hôpitaux psychiatriques de France.

Sur la proposition du secrétaire général, l'Assemblée vote qu'une *commission* formée du bureau de la Société, et de tous les signataires de la proposition ci-dessus, soit chargée de se réunir, pour la rédaction et la transmission d'un tel *vœu*.

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances,
Paul ABÉLY et Paul CARRETTE.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 Mai 1938

Présidence : M. BOURGUIGNON, président

Epilepsie réflexe par excitation physiologique, par M. PITHA.

Des excitations périphériques unilatérales produisent chez un malade une crise clonique de tout l'hémi-côté. L'excitation des deux membres inférieurs produit des convulsions généralisées sans perte de connaissance chez ce malade. L'expérimentateur croit qu'il ne s'agit pas de crises fonctionnelles, mais d'un type particulier d'épilepsie réflexe.

Discussion. — M. André Thomas estime qu'il ne s'agirait pas de crise convulsive, mais de crises d'agitation.

Etude de la courbe glycémique chez des malades à la suite de ventriculographie, par MM. BAUDOUIN et ROSSI.

A la suite des ventriculographies, les auteurs affirment qu'il existerait toujours des modifications de la courbe glycémique. Sur douze cas, ils n'ont trouvé qu'une exception : il s'agissait d'un syndrome adiposo-génital.

Après ponction lombaire et après injection d'une bulle d'air, il ne se produit aucune modification de la courbe glycémique.

Amyotrophie brachiale avec contractions fibrillaires et épilepsie jacksonienne à prédominance sensitive, symptomatiques d'un astrocytome à début pariétal d'une durée d'une vingtaine d'années, par MM. H. ROGER, M. ARNAUD, Y. POURSIÈS et J.-E. PAILLAS.

Un homme de 40 ans présente, à l'adolescence, des parésies transitoires du bras droit, puis des crises jacksoniennes à début facial droit qui, dans les

années suivantes, se transforment en crises sensitivo-motrices irradiant peu à peu dans tout l'hémicorps droit. L'amyotrophie brachiale est intense et s'accompagne de contractions fibrillaires. En même temps que l'hémiplégie s'aggrave et que s'installe une aphasic, l'épilepsie régresse. L'autopsie confirme le diagnostic clinique de gliome d'évolution très lente, à début par F.A. et P.A. et, progressivement, étendu à tout l'hémisphère gauche.

Les auteurs soulignent la particularité curieuse des contractions fibrillaires typiques d'origine centrale et l'évolution très longue de ce gliome astrocytaire cérébral.

Troubles du schéma corporel dans un cas de tumeur pariéto-temporale,
par MM. GARCIN, HADJI DIMO et VAREY.

Sclérose en plaques aiguë rapidement mortelle évoluant à un mois et demi d'intervalle chez deux sœurs : rôle probable de la contagion, par MM. L. RIMBAUD, H. SERRE, J. BOUCOMONT et M. GODLEWSKI (de Montpellier).

Les auteurs ont observé deux cas de sclérose en plaques aiguë survenus chez deux sœurs vivant sous le même toit. Le syndrome a évolué chez l'une et chez l'autre avec tous les signes classiques (pyramidaux, cérébelleux et psychiques). La mort est survenue chez toutes deux en quelques semaines, à un intervalle de un mois et demi.

Ces deux cas soulèvent la question de contagion dans la sclérose en plaques aiguë et, en tous cas, semblent démontrer sa nature infectieuse.

Recherches sur la formation réticulée,
par M. MONIER (présentation par M. André THOMAS).

Sclérose en plaques familiale. Etude anatomique,
par MM. G. MARINESCO et N. JONESCO-SISESTI.

Les auteurs apportent une nouvelle contribution à cette curieuse maladie, qui soulève toute une série de problèmes, tant anatomiques que biologiques et génétiques. La maladie qu'ils étudient s'étend sur 5 générations et a donné 13 malades sur un total de 78 sujets.

Le tableau clinique, plus simple dans les premières générations, se complique dans les générations plus jeunes, où la maladie tend à apparaître plus précocement.

Les lésions anatomiques ne diffèrent en rien de celles de la sclérose en plaques non familiale. De là, la discussion entre les deux affections.

Dans leur commentaire, les auteurs soulèvent le problème des particularités génétiques de la maladie et essayent de l'encadrer dans les lois actuelles de transmission des facteurs morbides héréditaires.

Cranio-pharyngiome (surtout gauche) avec énorme prolongement trans-frontal droit. Syndrome de Forster-Kennedy. Troubles pyramidaux uniquement déficitaires, par MM. J. A. BARRÉ, KABAKER et M^{lle} BRUCKMANN.

Les auteurs présentent l'observation et les pièces d'un malade de 46 ans, ayant eu, depuis 1934 particulièrement, des céphalées, quelques vomissements, des troubles du caractère. A 42 ans, elle aurait eu sa ménopause. Elle ne présentait aucun trouble infundibulo-tubéro-hypophysaire.

Il existait une stase avec hémorragie à droite et du côté gauche une myopie de 15 dioptries avec papilles pâles. Les troubles psychiques empêchant la délimitation du champ visuel, l'ophtalmologiste n'a pu conclure à une névrite ophtalmologique vraie.

En dehors d'une anosmie pour ainsi dire complète, il semblait n'exister aucun trouble moteur quelconque, mais l'examen du système pyramidal montra l'existence d'un syndrome déficitaire aux deux membres gauches. C'est par cette symptomatologie extrêmement réduite que se traduisait un cranio-pharyngiome dont la masse initiale se trouvait à gauche de la ligne médiane et qui poussait un prolongement très volumineux à travers le pôle frontal du côté opposé.

Les auteurs insistent sur le type particulier des troubles oculaires où la myopie avec pâleur des papilles remplaçait l'un des éléments du syndrome de Forster-Kennedy, sur la légèreté relative des troubles psychiques, sur l'intérêt des troubles pyramidaux déficitaires qui existaient en dehors de tout syndrome irritatif et dont ne se plaignait nullement la malade. Ils proposent d'appeler cette variété anatomique de cranio-pharyngiome « *en diagonale* » et pensent qu'une enquête clinique très complète et un examen radiologique, faits très antérieurement, auraient pu conduire à un diagnostic positif et à une intervention utile.

M. LECONTE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Avril 1938

Présidence : M. R. NYSSSEN, président

L'épreuve au cardiazol, test diagnostique de l'épilepsie, par M. G. MUYLE.

Les recherches de l'auteur ont porté sur 53 épileptiques et sur un nombre égal de sujets non épileptiques pris comme témoins.

La réaction convulsivante n'a pas été obtenue beaucoup plus fréquemment chez les épileptiques que chez les sujets non épileptiques, pour une même dose de cardiazol. La dose convulsivante limite varie d'après les sujets et aussi chez le même sujet.

D'après certains auteurs, chez les jacksoniens l'épreuve aurait une valeur localisatrice. L'auteur n'a pu confirmer ce fait. Il conclut que le cardiazol n'est pas un test valable de l'épilepsie.

**Le cahier des revendications à présenter par les psychiatres
à l'autorité judiciaire, par M. R. TITECA.**

L'auteur fait l'historique du développement des services ouverts en Belgique. Il montre qu'après une période de compréhension mutuelle relative entre les psychiatres et l'autorité judiciaire, celle-ci tend à revenir depuis quelques années à des conceptions incompatibles avec l'existence même des pavillons libres.

Il montre, par une série d'exemples vécus, la grande utilité qu'il y a à pouvoir éviter dans de nombreux cas les formalités officielles d'internement.

Si l'assistance psychiatrique veut éviter de perdre les avantages si péniblement acquis depuis un quart de siècle, il est urgent que la Société de médecine mentale fasse entendre sa voix. L'auteur émet le vœu que la question des pavillons libres soit discutée d'une manière approfondie, de façon à ce que les psychiatres unanimes puissent soumettre au législateur des formules à la fois précises et souples, sans lesquelles le traitement libre des malades mentaux risque de devenir une chose impossible.

**Des variations de la glycémie provoquées par les injections
de pentaméthylénététrazol chez les schizophrènes, par M. P. CLEMENS.**

L'auteur a déterminé la glycémie : 1° avant l'injection de cardiazol ; 2° immédiatement après l'injection et avant la crise convulsive ; 3° 8 à 15 minutes après la crise. Il se produit une hyperglycémie souvent manifeste dès avant la crise et toujours appréciable après celle-ci.

Dans une seconde série de recherches, l'auteur détermine la glycémie pendant la crise, immédiatement après les convulsions et avant le stertor. Le taux du sucre sanguin est alors le même qu'avant la crise, mais il n'y a pas d'hypoglycémie. Le choc cardiazolique ne serait donc pas analogue au choc insulinique.

Dans les cas où la crise ne se produit pas, le cardiazol, même administré par voie intramusculaire, détermine aussi une hyperglycémie, en même temps que certains phénomènes d'excitation sympathique.

Ces faits plaident en faveur de l'origine sympathique de l'hyperglycémie cardiazolique et confirment les conclusions de certains auteurs qui ont expérimenté chez l'animal.

**Le traitement convulsivant par le pentaméthylénététrazol
calme l'agitation périodique des épileptiques, par M. A. LEROY.**

L'agitation consciente avec mauvaise humeur, colères, agressivité, bris d'objets, insomnie, qui survient fréquemment chez les épileptiques d'asile et qui est difficile à calmer, cède rapidement par le traitement au cardiazol. Certains malades se sont trouvés mieux qu'avant leur agitation.

Chez une épileptique qui a présenté autrefois un état de mal et qui doit prendre quotidiennement 20 centigrammes de phényléthylmalonylurée, 60 centigrammes de cardiazol intraveineux n'a pas déterminé de crise convulsive, mais un simple malaise. L'amélioration survenue semble donc devoir s'expliquer par une action spécifique du cardiazol, plutôt que par l'influence psychothérapique des crises. Cette observation confirme en outre que le cardiazol n'est pas un test de l'épilepsie.

J. LEY.

**Groupement Belge d'Etudes
Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales**

Séance du 30 Avril 1938

Présidence : M. CHEVAL, président

**Les composants fonctionnels des nerfs craniens chez les vertébrés,
par M. R. CORDIER.**

Dans une brillante conférence, le Professeur Cordier met au point l'état actuel de nos connaissances sur l'interprétation fonctionnelle des structures anatomiques et histologiques dans le domaine si complexe des nerfs craniens. Il étudie successivement les fibres afférentes sensibles et efférentes motrices, somatiques et viscérales, dans leurs rapports avec leurs diverses fonctions, générales et spéciales.

Le nerf olfactif et le nerf terminal, en rapport avec l'organe de Jacobson ; le système de la sensibilité gustative dont les fibres suivent la voie des nerfs branchiaux ; les diverses formes de sensibilité protopathique, épieritique, proprioceptive musculaire, dans leurs rapports avec les formations centrales ; les sensibilités somatiques spéciales ; les phénomènes de sécrétion qui s'observent dans certaines cellules sensorielles ; les divers systèmes efférents ; sont passés en revue et mis en rapport avec les lois générales qui régissent la structure du système nerveux, notamment la neurobiotaxis de Kappers. Les centres bulbaires ne se perfectionnent pas ; ils varient d'après les fonctions.

Névralgie du trijumeau et sclérose en plaques, par M. J. RADERMECKER.

L'auteur rappelle que la sclérose en plaques peut s'accompagner de douleurs et parfois de névralgies fulgurantes. La littérature signale des cas de névralgie du trijumeau au début de l'affection.

L'auteur présente une femme de 43 ans qui souffre de névralgies faciales du côté gauche depuis 4 ans. Certaines crises présentaient une allure sympathalgique. Tous les traitements : alcoolisation, neurotomie rétro-gassérienne, anesthésie du ganglion sphéno-palatin, acécoline yohimbine, infiltration stellaire ont été suivis de récurrence. Actuellement il existe de la diplopie par paralysie de la latéralité du regard, des troubles vestibulaires à formule de sclérose en plaques, un nystagmus vertical et un état mental particulier fait de somnolence, d'indifférence, de rires explosifs. L'auteur disente à propos de ce cas l'origine encore obscure des douleurs trigéminales.

**Un cas de tumeur frontale à symptomatologie extrêmement fruste,
par MM. J. DAGNELIE et P. MARTIN.**

Relation du cas d'un sujet qui se plaignait de douleurs dans la bouche et le palais avec faiblesse transitoire du bras gauche, et chez lequel survinrent ensuite des crises épileptiformes très rares. Les examens neurologiques et oculaires ont toujours été négatifs. L'examen radiographique montra un voile de la petite aile du sphénoïde à droite, et la ventriculographie mit en évidence une déviation des deux ventricules frontaux vers la gauche avec hydrocéphalie par obturation du trou de Mouro. Cette dernière fut confirmée par une épreuve au lipiodol. Une tumeur en partie kystique put être extirpée partiellement. Il s'agissait d'un astroblastome atypique.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie, par Henri EY, Médecin des hôpitaux psychiatriques et Julien ROUART, ancien chef de Clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Préface du Professeur Henri CLAUDE (1 vol. in-8°, 116 pages, in *Monographies neuro-psychiatriques*, Gaston Doin édit., Paris 1938).

Cet important et très intéressant travail est précédé de la traduction d'un mémoire peu connu de Jackson dans lequel celui-ci applique aux troubles mentaux les principes de l'évolution et de la dissolution des fonctions du système nerveux.

MM. Henri Ey et Julien Rouart rapprochent ce point de vue de ceux de Bleuler et de Janet. Il ne peut y avoir de maladies mentales dans lesquelles les symptômes soient directement rattachables à un processus étiologique donné. La maladie n'est responsable que de ce qui est déficitaire (troubles négatifs). L'organisation, la structure de ce qui reste a une valeur positive et constitue la psychose (troubles positifs). Les psychoses sont des formes de régression de l'activité psychique à un stade inférieur, des formes d'organisation morbide de la personnalité, dont la psychologie moderne, la psychanalyse, l'étude du développement psycho-moteur nous permettent de pénétrer plus profondément la structure et le dynamisme. Aussi les psychoses ne peuvent-elles correspondre qu'à des « dissolutions uniformes » des fonctions psychiques, les « dissolutions locales » (simples troubles isolés des fonctions sensori-motrices) étant le domaine de la neurologie.

L'ouvrage se termine par une étude comparée des points de vue de la neurologie et de la psychiatrie et par celle des conséquences pratiques d'une telle théorie dynamique, notamment en ce qui concerne les thérapeutiques modernes moins spécifiques que susceptibles de provoquer des « réévolutions ».

La conception néo-jacksonienne défendue par MM. Henri Ey et Julien Rouart ne constitue pas seulement un renversement des théories psychiatriques attachées à la notion nosographique des « maladies » mentales auto-

nomes, elle tend à intégrer les états psychopathiques à la médecine générale, non pas comme des maladies spécifiques, mais comme des syndromes à étiologie multiple, des *niveaux de dissolution* des fonctions psychiques provoqués par des facteurs organiques.

L. R.

L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophréniques, par le Dr Gabriel DESHAIES, licencié ès lettres, diplômé d'études supérieures de philosophie, interne des Asiles de la Seine (1 brochure in-8°, 100 pages, Jouve et C^{ie} édit., Paris 1937).

Après des considérations méthodologiques d'où il résulte que la phase actuelle de nos connaissances en génétique ne peut être qu'analytique, M. Deshaies déduit de données statistiques les conclusions suivantes.

Pour la psychose maniaque-mélancolique, les facteurs acquis sont assez négligeables, l'hérédité physiopathique n'apparaît guère, tandis que l'hérédité psychopathique, présente dans la moitié des cas, existe sous forme similaire dans les 2/5 des familles : elle affecte alors surtout la lignée directe, tandis que les tares dissemblables chargent plutôt la lignée collatérale.

Dans la moitié des cas de schizophrénie, on trouve une hérédité psychopathique : le tiers des familles présente une hérédité dissemblable et le sixième seulement une hérédité similaire. Seules les tares similaires réalisent une surcharge de la lignée collatérale. L'hérédité physiopathique comporte une certaine fragilité vasculaire cérébrale dans l'ascendance directe des schizophrènes. M. Deshaies accorde peu d'importance aux facteurs acquis. Il est d'avis d'accorder au processus héréditaire un rôle beaucoup plus important et plus spécifique dans la schizophrénie que dans la démence précoce type Morel.

L'opposition relative entre les deux séries maniaco-mélancolique et schizophrénique repose sur les traits caractériels et surtout sur l'hérédité similaire majeure, et plutôt directe et continue, dans la psychose maniaco-mélancolique, mineure et plutôt collatérale et discontinue dans la schizophrénie.

L'hérédité représente donc, non la cause spécifique de certaines affections mentales, mais un conditionnement génétique éventuel, prédisposition morbide générale plutôt que spécifique, la psychose étant la résultante des réactions du terrain constitutionnel aux multiples actions morbifiques, externes et internes, d'ordre biologique, psychologique et sociologique.

Des conclusions d'ordre pratique, repoussant la stérilisation eugénique, rappellent les règles empiriques habituelles d'hygiène génétique. Une plus longue pratique professionnelle montrera sans doute à l'auteur combien ces excellents conseils, même lorsqu'ils sont reçus avec une confiante compréhension, sont rarement suivis. Leur énoncé n'en est pas moins indispensable.

R. C.

Les Troubles du Système neurovégétatif des mélancoliques (Travail de la clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de médecine de Montpellier ; titulaire : M. le Doyen Euzière) par le Dr Robert DEFFUANT, médecin chef des hôpitaux psychiatriques (1 vol., in-8°, 101 pages, Imprimerie Chastanier Frères et Almeras à Nîmes. Thèse de Montpellier 1937).

Après une courte *introduction*, qui souligne l'intérêt des recherches antérieures de nombreux maîtres, parmi lesquels il convient de citer spéciale-

ment le Doyen Euzière et le Professeur Santenoise, l'auteur fait l'*historique* de la question. La constatation, déjà ancienne, de troubles neuro-végétatifs, chez les mélancoliques, est la seule idée générale qui lui paraisse à retenir de cet historique. Sur la nature même du trouble, les opinions les plus éloignées ont été soutenues. Enfin, dans la mise en évidence de ces troubles, les auteurs ont surtout tenu compte de l'*excitabilité* du système neuro-végétatif; l'étude de son fonctionnement permanent, en un mot de son *tonus*, paraît avoir été, jusqu'ici, laissée dans l'ombre.

C'est cette ombre que l'auteur, dans ses recherches personnelles, a surtout cherché à dissiper. L'observation neuro-psychiatrique ayant été prise et l'examen général pratiqué, Deffuant a procédé chez ses malades à deux ordres de recherches. D'une part, l'*exploration sympathique* s'adjoindra par les méthodes oscillographiques, l'étude du réflexe oculo-cardiaque, du réflexe solaire, de l'*excitabilité* du sinus carotidien et du tonus sino-carotidien. Les épreuves pharmacodynamiques, à l'atropine et à la vagotonine, s'ajouteront aux recherches cliniques. D'autre part, l'*exploration vasculaire* (coloration cutanée, température locale, raies vaso-motrices, épreuve du bain chaud, épreuve du bain froid, examen capillaroscopique) sera faite systématiquement.

Après un exposé général des diverses techniques utilisées, l'auteur, à propos de dix observations cliniques, fait une étude analytique extrêmement fouillée, très riche de chiffres et de traces oscillographiques, du système neuro-végétatif des mélancoliques. Un bilan synthétique suit la recherche analytique. Enfin un tableau récapitule les résultats observés. L'auteur conclut des faits constatés que les malades étudiés présentent tous un *tonus* vagal et sympathique très bas. Le tonus vagal, normalement de 50, ne dépasse jamais 30, chez les sujets observés. Le tonus sympathique, normalement de 120, est, une seule fois excepté, toujours inférieur à 108.

Les mélancoliques paraissent être des hypoamphotoniques; l'hypotonie s'accroissant surtout sur le système parasympathique. L'*excitabilité* du système vagal ne paraît pas en harmonie avec son *hypotonie*. Le réflexe solaire est plus en accord avec l'hypotonie ortho-sympathique. Tonus végétatif et excitabilité végétative sont donc deux entités différentes.

Si l'élasticité artérielle des mélancoliques est conservée, les artérioles et les capillaires paraissent déréglés, ainsi qu'en témoignent les épreuves du bain chaud et du bain froid. Le tonus sino-carotidien paraît aussi dérégulé. Normalement dépresseur, l'auteur l'a observé souvent presseur.

La vagotonine, indiquée *a priori* dans ces états hypoamphotoniques, a une action certaine mais non identique, dont l'auteur ne tire pas de conclusions.

Travail effectué avec une rigueur scientifique impeccable, riche de documents et écrit avec une très élégante précision. TOYE.

Les Troubles du Système neurovégétatif des épileptiques. — Leur rôle dans la crise (travail de la clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de médecine de Montpellier; titulaire: M. le Doyen Euzière), par M^{me} le Dr DEFFUANT DE GAILLANDE, médecin chef des hôpitaux psychiatriques (1 vol., in-8°, 169 pages Imprimerie Chastanier Frères et Almeras à Nîmes. Thèse de Montpellier, 1937).

Après l'*historique* des travaux sur le système neuro-végétatif des épileptiques, dont il ressort que bien des faits disparates, et partant, bien des hypothèses ont été publiées, l'auteur expose ses *méthodes de recherches*.

Chez dix-neuf épileptiques, après des examens somatiques, neuro-psychiatriques et biologiques, prémonitoires, l'exploration du système sympathique est faite systématiquement. Le pouls est étudié, la tension artérielle est enregistrée par la capsule oscillographique sur le tambour enregistreur de Boullitte, le R.O.C. et le R.S. sont enregistrés sous la contrepression moyenne, le réflexe sino-carotidien est enregistré sous la contrepression minima (technique du Dr Lafon) et le tonus sino-carotidien est enregistré par le même procédé et par la méthode sphymo-tensio-métrique.

Suivent les épreuves pharmacodynamiques qui comprennent l'étude des mêmes données, après injection de vagotonine et l'épreuve à l'atropine, combinée à l'orthostatisme (méthode de Daniélopou et Carniol). *L'exploration vasculaire*, avec capillaroscopie, complètera ces recherches. Chaque observation de malade rendue ainsi particulièrement dense en chiffres et tracés oscillographiques, fera ensuite l'objet d'un résumé synthétique. Ici encore, un tableau récapitule les résultats observés.

L'auteur n'a pas retrouvé l'hypervagotonie, signalée si souvent, ni la tachycardie résiduelle. Au contraire, une hypoamphotonie, prédominant sur le vague, est à noter. Les épileptiques seraient donc relativement des sympathicotoniques.

Les zones réflexogènes sino-carotidiennes ont donné des réponses souvent dissociées, ce qui indique des conditions circulatoires cérébrales défavorables. La méthode graphique montre des modifications vasculaires locales périphériques, importantes, vaso-constrictions suivies de vaso-dilatations consécutives à l'excitation des zones réflexogènes, ou à des modifications du sympathique vasculaire local.

L'excitation des zones réflexogènes sino-carotidiennes des épileptiques produit des troubles alternatifs d'anémie et de vaso-dilatation. Le tonus sino-carotidien est constamment émoussé ou anormal et la circulation dans les capillaires est très lente et arrêtée pendant les crises.

L'auteur, abordant la pathogénie de l'épilepsie, rappelle les données de l'expérimentation, le facteur nerveux et le facteur humoral. L'étude de ce dernier facteur montre de nombreux faits, parfois disparates, dans les divers métabolismes, dans l'équilibre physico-chimique, dans les sécrétions endocriniennes, sur la toxémie, et les troubles neuro-végétatifs.

La physiopathologie de la crise aborde les troubles vasculaires, les troubles du liquide céphalo-rachidien, et étudie les zones réflexogènes. La perturbation signalée par l'auteur, dans le mécanisme régulateur de la vascularisation cérébrale, par suite du déséquilibre végétatif, joue un rôle dans la genèse de la crise, ce qui légitimerait des tentatives chirurgicales, encore qu'on ne puisse tirer des statistiques aucune conclusion. Les hypotenseurs et la vagotonine appellent encore des recherches. Ce substantiel ouvrage est un document très important, dont on doit féliciter l'auteur.

TOYE.

Les réactions d'équilibre chez l'homme. Étude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante, par Jules ZADOR. *Préface* du Dr ANDRÉ-THOMAS (1 vol. in-8°, 256 pages avec 214 figures, Masson et Co édit., Paris 1938).

La question de l'équilibre chez l'homme n'est pas traitée ici dans toute son étendue. Le problème que s'est posé l'auteur est limité : il s'agit de

l'application clinique des remarquables recherches de M. Rademaker, problème qui a d'ailleurs été traité antérieurement par MM. Rademaker et Garcin. L'auteur entreprend ces analyses sur une base plus large en modifiant la méthode d'examen, en étudiant l'évolution des réactions d'équilibre chez l'homme et en analysant, en dehors de la question de leur présence ou de leur absence, les changements dits secondaires de ces réactions dans les divers syndromes du système nerveux central.

Il précise de la façon suivante les raisons qui l'ont décidé à élargir la base de ses recherches :

1° la motilité humaine est plus proche de la motilité des animaux grimpants, comme les singes, que de celle des quadrupèdes ; il faut donc tenir compte de cette différence entre le caractère de la motilité des animaux quadrupèdes et celle de l'homme pour interpréter les résultats expérimentaux relativement à la clinique humaine ;

2° nos connaissances sur la pathophysiologie du système nerveux, surtout en ce qui concerne la pathophysiologie de la coordination motrice, se sont considérablement enrichies par l'étude systématique de l'évolution normale. Nous connaissons un grand nombre de signes ou réactions pathologiques, qui peuvent être physiologiques pendant une certaine étape de l'évolution : ce point de vue onto- et phylogénique nous a souvent fourni des explications intéressante pour certains états pathologiques dans les affections du système nerveux.

Partant de ces considérations, il a modifié la méthode d'examen, analysé l'évolution normale des réactions d'équilibre chez les nourrissons et les enfants. Il a d'autre part élargi le domaine de l'application en étudiant les réactions d'équilibre non seulement chez les sujets atteints d'une ataxie manifeste, mais dans beaucoup d'autres affections du système nerveux central. Enfin il s'est occupé dans ses études non seulement des conditions réglant l'absence ou la présence des réactions, mais aussi des changements dits secondaires des réactions d'équilibre.

Ce livre (travail de la Clinique neuro-psychiatrique de la Faculté de Greifswald (Professeur E. Forster) et de la Clinique neurologique de la Salpêtrière (Professeur Georges Guillain), illustré d'une riche iconographie, s'adresse surtout aux spécialistes et suppose déjà acquises de la part du lecteur l'anatomie et la physiologie de l'appareil vestibulaire.

L. R.

Tumeurs intracrâniennes. Étude analytique de 2.000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire, par Harvey Cushing, ancien Professeur de Chirurgie à la Faculté de Médecine de Harvard et ancien Chirurgien en Chef du Peter Bent Brigham Hospital, Boston. Professeur de Neurologie à la Faculté de Médecine de Yale, New Haven. Édition revue et augmentée par l'auteur et comprenant deux études sur les résultats éloignés du traitement opératoire des tumeurs intracrâniennes, par W. VAN WAGENEN (de Rochester, New-York) et Hugh Cairns (de Londres). Traduction française de Jean ROSSIER (de Lausanne) (1 vol. in-8°, 194 pages avec 111 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1937).

Cette étude de 2.000 cas de tumeurs crâniennes constitue un aperçu extrêmement concis des expériences faites par le Professeur Harvey Cushing et ses collaborateurs dans un domaine de la neuro-chirurgie qui, il y a trente ans, se présentait sous les auspices les plus défavorables et les plus découra-

geants. Cette édition française a été établie avec le plus grand soin et contient des additions et un résumé du travail du docteur W. P. Van Wageningen, portant sur la série de 149 tumeurs intra-crâniennes vérifiées, alors qu'il était assistant de l'auteur.

Le but de cet ouvrage était primitivement de publier aussi brièvement que possible des statistiques de mortalité opératoire. Mais l'appréciation du résultat final de la thérapeutique employée présente un intérêt non moins grand. Dans l'étude de ces résultats éloignés il faut tenir compte de deux facteurs : le premier est constitué par la variation de la survie opératoire rapportée aux divers types tumoraux et à leurs diverses localisations ; le second de ces facteurs résulte du pourcentage de malades capables de reprendre une vie active et de récupérer leur capacité de travail. L'élaboration de statistiques de ce genre n'est pas chose aisée. Si l'on peut s'accorder sur la définition du décès post-opératoire, il n'existe par contre aucune règle admise pour juger de la valeur des résultats éloignés : la durée de la survie, par exemple, est un critère nettement insuffisant.

Le matériel anatomo-pathologique et les reproductions photographiques des histoires de malades provenant des 2.000 cas de tumeurs ont été réunis dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine de Yale.

Les statistiques de mortalité opératoire que l'on trouvera dans le corps de cet ouvrage (tableaux V et VI) traduisent une amélioration progressive de la technique neuro-chirurgicale. On peut donc raisonnablement s'attendre à voir les résultats éloignés s'améliorer en fonction directe de l'abaissement annuel de la mortalité immédiate. Aussi est-il permis d'escompter que de nouvelles enquêtes sur l'état des malades opérés postérieurement à 1927 apporteront un surcroît de confiance dans l'issue de ces interventions.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Pour une médecine du corps et de l'esprit, par le Dr René BIOT, le Dr R. DUVAL-ARNOULD et le Dr Pierre MERLE (1 brochure, 75 pages. Éditions de la Chronique Sociale, 16, rue du Plat, Lyon 1938).

Après la phase pastorienne et les recherches anatomo-cliniques, la médecine moderne prend de plus en plus conscience du rôle des facteurs psychologiques et moraux dans l'évolution des maladies. Une « médecine humaine » se constitue, qui ne renie aucune des découvertes scientifiques, mais les oriente vers une santé soucieuse des fins spirituelles de la personne.

C'est à l'exposé de cette doctrine qu'est consacrée cette brochure dans laquelle se trouvent réunies trois conférences faites lors de la Semaine Sociale de Clermont, en 1937. L'unité de pensée qui les inspire fait, en quelque sorte, de leurs conclusions, la charte médicale de l'École sociale catholique.

Dans le premier chapitre, le Dr René Biot indique ce que doit être la Médecine au service de la personne en retrouvant « le respect des fins spirituelles de l'homme », sans négliger le souci du corps qui est son domaine propre. Il signale parmi les causes d'erreur, l'abus de l'expérimentation, l'abus de l'analyse et l'insuffisance de doctrine. La médecine, ajoute-t-il, doit envisager les problèmes médicaux, non pas comme un monde clos, mais en fonction de tout l'humain, social et spirituel.

Le Dr Pierre Merle expose ensuite l'importance, les bases et les éléments fondamentaux de la formation morale et sociale du médecin et le Dr R. Duval-Arnauld traite de la formation morale et sociale des auxiliaires du médecin.

R. C.

La cure bulgare dans les séquelles post-encéphalitiques, par le Dr Jean ROURE (Travail de la Clinique neurologique de la Faculté de Médecine de Marseille. 1 brochure in-8°, 68 pages, Imprimerie M. Leconte, Thèse Marseille 1938).

De ce travail, accompagné de 31 observations du service de M. le Professeur H. Roger, de Marseille, M. Jean Roure conclut que le principe actif et majeur de la « cure bulgare » est l'hyosciamine associée en parts sensiblement égales avec le solde des alcaloïdes tropiques dissous à l'état de sels.

Cette solution prise en trois fois après les repas, à doses progressives, de façon prolongée, est d'administration facile à domicile et donne de bons résultats sur la rigidité, la salivation, le tremblement qu'elle atténue ou supprime momentanément. L'état psychique, le sommeil, le rendement sont très nettement influencés. Les doses efficaces sont généralement bien supportées.

Les dangers seraient pour ainsi dire inexistantes, tant est grande la marge entre la dose active et la dose dangereuse. On peut observer assez fréquemment des incidents mineurs tels que : sécheresse buccale, congestion fugace de la face, légère mydriase, constipation, tachycardie, troubles sphinctériens, amaigrissement. Une grande prudence s'impose cependant chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine. Parmi les contre-indications, il faut citer une mauvaise élimination rénale, un foie déficient, une prostate volumineuse, un régime cardio-vasculaire anormal.

L'usage de cette thérapeutique ne doit pas interrompre les médications étiologiques et doit s'accompagner des précautions habituelles indispensables : régime, mobilisation, etc.

R. C.

L'Année Thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux. Douzième année, 1937, par le Dr A. RAVINA (1 vol., 202 pages, Masson et Co édit., Paris 1938).

Dans ce douzième volume, résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1937, tant en France qu'à l'étranger, on trouvera 32 traitements nouveaux de maladies ou de symptômes, 7 méthodes et techniques nouvelles, 2 études sur des médications ou des régimes.

Tout en évitant l'énumération des divers chapitres de ce douzième volume, il faut signaler parmi les thérapeutiques intéressant plus particulièrement nos lecteurs, le traitement de l'acidose diabétique par l'acide succinique, le traitement des convulsions éclamptiques par le sulfate de magnésium et par le sodium amytal tout en favorisant la diurèse, le traitement des embolies artérielles par l'eupavérine en injections intraveineuses ou même intra-artérielles, associée à l'acétylcholine et à l'infiltration anesthésique du sympathique, le traitement de l'encéphalite chronique par le sulfate de benzédine et l'atropine, la prophylaxie de l'infection puerpérale par le carboxy-sulfa-

mido-chrysoïdine, le traitement des intoxications barbituriques par la picrotoxine dont les résultats seraient plus constants que ceux obtenus à l'aide de la strychnine (le nombre d'observations publiées étant cependant jusqu'ici trop restreint pour conclure), le traitement de l'intoxication mercurielle aiguë par l'ingestion rapide d'une solution stable d'hydrogène sulfuré (antidote Strzyzowski), la cure de sommeil par le dial de la morphinomanie (Klaesi), le traitement des paralysies diphtériques par la narcose à l'éther, le traitement des séquelles de la poliomyélite par la malariathérapie, le traitement de la schizophrénie par l'insuline et par le cardiazol, le traitement des crises gastriques du tabès par les injections intra-veineuses de solutions chlorurées hypertoniques, le traitement précoce de l'urémie par des injections d'hormone cortico-surrénale suivies d'injections sous-cutanées d'une solution de glucose à 80 0/0, le traitement des douleurs du zona par les injections intradermiques d'histamine, etc.

Signalons encore les chapitres consacrés à l'autohémothérapie des paralysies de la musculature oculaire, aux indications de la pyrétothérapie en pédiatrie, à la radiothérapie des affections douloureuses, au traitement de l'épilepsie par l'association gardénal-strychnine, à la valeur des chocs insuliniques dans l'insomnie, les céphalées et diverses algies, le traitement des méningites cérébro-spinales par la para-amino-phényl-sulfamide, la prolongation de l'action de certaines substances par l'addition de sels de zinc ou d'autres métaux, certaines indications de l'acétate et du propionate de testostérone.

Une table alphabétique des matières contenues dans les six derniers volumes (1931-1936) facilitera la révision des techniques nouvelles d'application facile résumées et réunies par l'auteur de cette utile et régulière publication.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Les limites entre folie et génie (Il limite tra pazzia et genio), par Raffaele BERNARDI (Trente). *Il Cervello*, janvier 1937, p. 1 à 30.

On ne manque pas de trouver dans ce travail tout ce que l'on rencontre chez tous ses semblables : énumération des génies malades ou des malades géniaux, rapports entre le cerveau et l'intelligence, etc. L'originalité de l'hypothèse avancée consiste à faire dépendre le génie du développement des neurones et des neurofibrilles pour combler l'espace rendu vide dans la cavité crânienne par la disparition d'une hydrocéphalie de la première enfance. Une telle hypothèse paraît à l'auteur « assez séduisante »...

Henri Ey,

Le test de Rorschach dans le diagnostic psychiatrique (Il test di Rorschachs nella diagnostica psichiatrica), par Filippo CARDONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, mars-avril 1937, p. 252 à 267.

Les résultats négatifs des épreuves effectuées par Cardona le conduisent à se montrer très sceptique à l'égard d'un moyen d'investigation qui, si l'on en croyait certains auteurs (Dubitscher notamment), aurait une valeur de psycho-diagnostic que l'auteur lui refuse.

Henri Ey.

Mythomanie simple, par M. LÉVY-VALENSI. *Archives de Neurologie*, n° 2, 1937.

L'étude de la mythomanie que M. Lévy-Valensi a limitée à la forme simple est illustrée de six observations et de cas empruntés au domaine littéraire ou juridique de tous les temps. Conservant la façon de voir de Dupré dans un but didactique, l'auteur fait néanmoins quelques réserves en ce qui concerne une distinction trop absolue entre la mythomanie de l'enfant et celle de l'adulte, entre les trois formes cliniques : vaniteuse, perverse et maligne, le chevauchement de l'une dans l'autre étant toujours possible, et la forme maligne étant en outre plus voisine des autres perversions destructrices. L'étude du cas historique de La Roncière que relate M. Lévy-Valensi vient montrer le chevauchement des différents types envisagés.

M. LECONTE.

Influence des chocs affectifs sur le psychisme des enfants, par G. PAUL-BONCOUR et G. NÉRON. *Le Progrès médical*, n° 1, p. 9-14, 2 janvier 1937.

Il ne s'agit pas, pour éviter toute émotion, de suivre l'exemple des parents de Montaigne et d'adoucir la brusquerie du réveil par l'audition d'une musique en sourdine. L'enfant doit se fortifier, se préparer à la lutte pour la vie, recevoir les chocs, subir les contrariétés, mais les auteurs rappellent qu'il y a des sujets hyperémotifs qu'il faut soigner et qui, soumis à des épreuves qui forcent les résistances de leur système nerveux fragile, sont menacés de déviations affectives, de troubles psychonévrotiques. Ils étudient les caractéristiques du déséquilibre émotif de l'enfance et les moyens de le corriger.

P. CARRETTE.

Les enfants paranoïaques. Les paranoïaques constitutionnels et les paranoïaques acquis, par Gilbert ROBIN. *Archives hospitalières*, n° 7, p. 411-444, juillet 1936.

L'auteur montre l'apparition précoce des caractéristiques paranoïaques chez l'enfant et l'adolescent. Il indique comment on peut les différencier des tendances acquises, fausses attitudes paranoïaques, relevant d'un besoin de compensation affective et justiciables de la psychothérapie.

P. CARRETTE.

Etude de l'hypocondrie (The Bodily Complaint : a Study of Hypochondriasis), par Felix BROWN. *The Journal of Mental Science*, T. LXXXII, n° 339, p. 295-359, juillet 1936.

L'hypocondrie est un état psychopathique fait de dépression et d'anxiété, s'exprimant par une plainte obsédante concernant la santé physique.

M. Brown regarde l'hypocondrie plutôt comme une réaction de l'individu vis-à-vis des difficultés ambiantes que comme une maladie. Il la divise en 3 groupes : celle des psychonévrotiques, celle des schizophrènes et celle des déprimés. Le problème délicat reste néanmoins celui de l'état physiologique sous-jacent, des conditions de développement des états émotionnels favorables à l'épanouissement hypocondriaque. La psychothérapie est vouée à l'impuissance si elle ne s'en tient pas compte.

P. CARRETTE.

Phobies et obsessions (Phobies and obsessions) par Mme Louis Mc ILROY.
The Medico-Legal and Criminological Review. Vol. V, fasc. III, juillet 1937, p. 251.

Rapport présenté à la Société médico-légale de Londres, le 18 mars 1937 par Mme Louise Mc Ilroy et suivi d'une discussion. L'auteur qui tient, dit-elle, à traiter la question en « chirurgien gynécologue », décrit séparément les phobies et les obsessions, bien qu'elle ne se dissimule pas que les deux syndromes fusionnent largement entre eux. Elle rapporte d'intéressants exemples de chaque catégorie et rappelle les relations des émotions, particulièrement de la peur, avec les troubles endocriniens, citant notamment le cas d'une famille qu'elle a connue en Serbie pendant la guerre, dont tous les membres furent atteints de goitre à la suite d'une série de bombardements.

Dans un ordre d'idées voisin, au cours de la discussion, le Dr Weatherly rapporte un cas de phobie (crainte obsédante chez un homme marié et père de famille de faire du mal à sa femme ou à son enfant) qui était associée à une hypotension artérielle et qui guérit avec le relèvement de la tension.

Le Président de la Société cite un cas qu'il intitule toxiphobia : il s'agit d'un délire collectif d'empoisonnement par des allumettes, chez des indigènes du Siam. Les allumettes étaient parfaitement inoffensives. Néanmoins, les indigènes refusèrent de s'en servir et préférèrent revenir pour un temps à l'usage de l'antique briquet à silex. Sans contester l'intérêt du cas en soi, le Professeur Millais Calpin se refuse à le ranger dans les phobies, précisant, avec raison, que les termes « phobie » et « obsession » s'appliquent exclusivement aux états où l'idée pathologique est jugée telle. Quand le sujet la considère comme légitime et répondant à la réalité, il y a délire et non phobie ni obsession.

Parlant de la kleptomanie, le Dr Weatherly nous apprend que les pertes occasionnées aux Grands Magasins de Londres par les voleurs à l'étalage atteignent annuellement un million de livres sterling. D'une façon générale, à la Société médico-légale de Londres, ont fait preuve vis-à-vis de la kleptomanie — considérée comme le résultat d'une impulsion obsédante — de beaucoup de réserve et on paraît penser que, si elle existe, elle ne se rencontre que très rarement.

M. R. K. Howitt croit pouvoir affirmer qu'il en a vu un cas authentique. Il s'agit d'un jeune clergyman de ses amis qui, assistant à un Congrès ecclésiastique, déroba à un étalage de librairie un nombre important de livres. M. R. K. Howitt base sa conviction que l'on est ici en présence d'un cas de kleptomanie d'une part sur la faible valeur marchande des livres dérobés, d'autre part sur le fait que le sujet n'avait « aucune raison d'ordre finan-

cier de voler quoi que ce soit » (no financial reason for his stealing anything at all) et que l'on ne pouvait découvrir aucune raison à son acte. Du point de vue médical, ce n'est peut-être pas absolument démonstratif.

J. ROGUES DE FURSAC.

Contribution à la connaissance du problème pronostique de la psychose obsessionnelle (Contributo alla conoscenza del problema prognostica della psicosi ossessiva), par Filippo CAROONA (Florence). *Rivista di Patol. nerv. e ment.*, mars-avril 1937, p. 239 à 252.

A propos d'une malade obsédée qui a évolué vers un état schizophrénique, Cardona étudie les éléments du problème pronostique. Le passage d'un état d'obsession à une évolution schizophrénique lui apparaît comme un fait, rare cependant. Le travail d'Halberstadt (*Encéphale*, 1928) ne paraît pas connu de l'auteur.

Henri Ey.

Des changements de la personnalité psychique des paralytiques généraux en état de rémission bonne ou complète, par M^{me} M. M. MIRSKAIA et A. Z. ROSENBERG. *Neuropatologia i Psichiatria*, tome VI, fasc. 6, 1937.

Dans 154 cas de rémissions bonnes ou complètes choisies sur un total de 640 malades atteints de paralysie générale et traités par la malariathérapie, les auteurs étudient les changements de la personnalité psychique des sujets. Ils isolent trois types différents de manifestations. 1° Changements psychogènes sous forme de mécanismes névropathiques et catathymiques. 2° Diminution (nivellation) du développement psychique des sujets. Souvent on peut assister à une légère diminution de l'intelligence. 3° Enfin, plus rarement, on peut assister aux changements dans la sphère caractérologique.

FRIBOURG-BLANC.

Syndromes neurologiques atypiques de la paralysie générale (Sindromes neurologicos atipicos de la parálisis general), par Roque ORLANDO. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. I, n° 1, p. 32-67, juillet-août 1936.

Le nom de paralysie générale donné à la méningo-encéphalite diffuse syphilitique est une appellation juste et simple qui indique bien l'aboutissement des lésions diffuses et destructrices de la substance nerveuse. On a l'habitude de considérer surtout le processus méningo-cortical. D'autres lésions inflammatoires évoluent parallèlement et l'étude de leur expression clinique dans les cas où elles atteignent précocement une intensité marquée a fourni les paralysies générales atypiques. M. Orlando propose leur classement sur une base anatomo-topographique. Il étudie : 1) les atrophies lobaires, formes de Lissauer, avec aphasie, formes sensorielles, syndrome pariétal, hémiplégiques ; 2) les formes cérébelleuses ; 3) les syndromes vasculaires, pyramidal notamment ; 4) les syndromes médullaires ; 5) les formes amyotrophiques.

P. CARRETTE.

Les psychoses d'origine paludéenne (As Psychoses de Origen Paludica), par Guillermo URIBE CUALLA. *Revista de Neurologia et Psiquiatria de Sao Paulo*. T. II, n° 1, janvier-mars 1936.

Les troubles délirants du paludisme peuvent prendre un caractère soudain et violent à la suite de crises fébriles. L'auteur décrit un cas de troubles psychopathiques caractérisés par de la confusion, des hallucinations auditives et visuelles ayant déterminé une agression mortelle dont le sujet fut reconnu irresponsable.

P. CARRETTE.

Aspect schizophrénique du tableau clinique au cours des intoxications aiguë et chronique par le haschisch, par le professeur E. V. MASLOV et A. K. STRELJUCHIN. *Neuropatologia i Psichiatria*, tome VI, fasc. 4, 1937.

Sur un total de 150 cas d'intoxications par le haschisch, 15 malades ont présenté des troubles psychiques dont l'étude démontre que les manifestations psychiques déterminées par les hypnagogues et particulièrement par le haschisch, ont une symptomatologie présentant une certaine ressemblance avec la schizophrénie. Les intoxications aiguës provoquent des accès délirants rappelant les poussées aiguës schizophréniques. Les intoxications haschischiques à allure chronique donnent lieu aux bouffées délirantes paranoïdes rappelant la schizophrénie paranoïde. Les intoxications chroniques par le haschisch conduisent fréquemment à la schizoïdisation de la personnalité rappelant dans certains cas la psychopathie schizoïde et dans d'autres les formes larvées de schizophrénie. Il semble que le groupe de psychoses réunies sous le nom de schizophrénie demande impérieusement à être dissocié sur les bases fournies par la pathogénie de l'affection en rapport avec ses différences étiologiques.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution au diagnostic des formes légères de schizophrénie, par le prof. V. P. OSSIPOW. *Neuropatologia i Psichiatria*, tome VI, fasc. 2, 1937.

À propos de l'importance et des difficultés du diagnostic particulièrement délicat des formes légères de schizophrénie, l'auteur attire une attention spéciale sur : 1° La diminution du niveau émotionnel des réactions, qui n'est plus en rapport avec l'importance des excitations. L'intérêt que le malade portait à son travail professionnel et aux occupations habituelles est en décroissance et peut même disparaître, faisant place à de l'apathie. 2° Les idées hypocondriaques des périodes dépressives deviennent dominantes de même que les préoccupations somatopsychiques. Les sujets ont des tendances aux angoisses plus encore qu'à l'ennui et à la tristesse. 3° Les périodes d'excitation maniaque sont marquées par la stérilité, l'uniformité et la stéréotypie de la parole et des mouvements. Les diversions associatives viennent plutôt de la personnalité intérieure du malade que du monde extérieur. Elles indiquent le désintéressement du malade à l'égard de la réalité.

FRIBOURG-BLANC.

Des avantages de l'examen pneumoencéphalographique systématique des schizophrènes (Das ventagens do exame pneumoencefalografico sistematico nos esquizofrenicos), par E. de AGUIAR WHITAKER. *Arquivos da Assistencia geral a psicopatas do estado de Sao Paulo*. T. 1, n° 1. p. 179-2 8, 1936.

Les 150 observations recueillies par l'auteur montrent l'intérêt de la pneumoencéphalographie chez les schizophrènes. L'absence d'accidents graves réduit les contre-indications. Les encéphalogrammes renseignent sur l'importance des lésions, rectifient des diagnostics, inspirent des mesures thérapeutiques. L'examen a été parfois le point de départ d'une légère amélioration de l'état mental.

P. CABRETTE.

Le rôle des facteurs psychogènes dans l'étiologie et la pathogénie de la schizophrénie, par M. D. GRINBERG. *Sovetskaja Psichonevrologia*, t. XIII, n° 5, 1937.

Les constatations personnelles de l'auteur le portent à conclure que : 1° Les traumatismes psychiques peuvent être placés au rang des facteurs exogènes qui peuvent, à la faveur de prédispositions spéciales, provoquer ou favoriser la schizophrénie. 2° La sphère émotionnelle des schizophrènes ne doit pas être appréciée d'après le facteur de « Minus symptôme » ou comme un état d'affectivité obtuse. En clinique, il convient moins d'envisager « Pataxie athymique » d'Osipov (inaffectivité, manque de contact, négativisme) que « Pataxie dysthymique », particularisme exceptionnel de la sphère émotionnelle. A l'appui de sa thèse, Grinberg rapporte cinq observations cliniques personnelles.

FRIBOURG-BLANC.

Étude sur l'oligophrénie, par A. BOROWIECKI, A. DOWZENKO et M^{me} DOWZENKO. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. 31, 1938.

Les observations faites par les auteurs à la clinique neurologique et psychiatrique de l'Université de Poznan sur les enfants des écoles démontre que l'oligophrénie est la plus fréquente des maladies mentales. L'examen des parents des élèves indique l'origine héréditaire de l'oligophrénie dans la plupart des cas. Cette hérédité est le plus souvent indirecte. Chez les jumeaux univertellins la déficience psychique est commune aux deux enfants. Chez les jumeaux bivertellins, un seul enfant peut être touché. Ce fait souligne l'importance du facteur endogène dans l'oligophrénie.

FRIBOURG-BLANC.

Le type dit juvénile de la maladie d'Alzheimer (Alzheimer's Disease. The So-called Juvenile Type), par George A. JARVIS et Samuel E. STOLZ. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIII, n° 1, p. 39-56, juillet 1936.

Trois cas de démence organique avec un aspect syndromique, psychique et physique, qui peut être assimilé à la maladie d'Alzheimer sont décrits chez des sujets âgés de 37 à 41 ans. D'autres cas tirés de la littérature médicale sont beaucoup moins probants. Aussi les auteurs hésitent-ils à admettre la

réalité d'une forme précoce ou même juvénile et s'en tiennent-ils à la conception courante qui fait de la maladie d'Alzheimer une psychose pré-sénile.

P. CARRETTE.

Contribution à la psychopathologie de la maladie d'Alzheimer (A contribution to the psychopathology of Alzheimer's disease), par David A. BOYD *The American Journal of Psychiatry*, T. XCIII, n° 1, p. 155-175, juillet 1936.

M. Boyd présente un cas de maladie d'Alzheimer suivi au cours des symptômes initiaux et confirmé par l'évolution. Les troubles du raisonnement accompagnent d'abord l'amnésie de fixation, puis celle-ci prend des proportions considérables. La détérioration mentale adopte rapidement l'allure de la démence sénile de sorte que le diagnostic psychologique de la maladie d'Alzheimer reste pratiquement impossible.

P. CARRETTE.

Note sur le syndrome mental des tumeurs du corps calleux (A Note on the Mental Syndrome of Corpus Callosum Tumors), par Bernard J. ALPERS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. LXXXIV, n° 6, p. 621-627 décembre 1936.

Les troubles de la personnalité, les épisodes délirants observés dans les tumeurs du corps calleux sont liés à une extension des lésions aux lobes frontaux. Toutefois, un ensemble de troubles paraît se retrouver, qui donne au syndrome calleux sa physionomie particulière : un déficit du type organique lié à une résistance très marquée aux stimuli, à un manque de spontanéité, à une impossibilité de concentrer la pensée et de fixer l'attention.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Psychologie générale et psychopathologie du sentiment (Psicologia general y psicopatologia del sentimiento), par Honorio DELGADO. *Actualidad medica peruana*, n° 5, septembre 1936.

Dans le domaine de la vie affective, la question physiologique est constamment liée à la question psychologique. Les formes du sentiment, les altérations quantitatives et qualitatives, les troubles de la régulation, l'émotion, l'anxiété, autant de problèmes parallèles à ceux de la vaso-motricité, du tonus musculaire, des sécrétions glandulaires, etc... L'euphorie implique la tendance à la dilatation, la tristesse au resserrement. Les indications thérapeutiques qui en découlent sont simplement ébauchées par l'auteur, qui s'attache surtout à l'analyse du sentiment et à ses modes d'expression morbides.

P. CARRETTE.

Psychologie générale et psychopathologie de la pensée et l'imagination (Psicologia general y psicopatologia del pensamiento y la imaginación), par Honorio DELGADO. *Actualidad medica peruana*, n° 1, mai 1938.

L'étude des anomalies de la pensée est envisagée par l'auteur du point de vue de son contenu, de sa forme et de sa direction. Elle s'attache notamment

à la pensée fantastique, à la fuite des idées, à l'inhibition, aux opérations psychologiques des oligophrènes, des schizophrènes, des déments. M. Delgado établit la distinction entre l'idée délirante et le délire. Il reconnaît la valeur du « mécanisme de projection », mais, désireux de limiter les hypothèses, il fait les plus expresses réserves sur l'interprétation homosexuelle des disciples de Freud.

P. CARRETTE.

Maine de Biran et l'anthropologie philosophique, par P. L. LANDSBERG. *Revista de Psicologia i Pedagogia*, n° 16, p. 342-368, Barcelone, novembre 1936.

L'anthropologie dite philosophique implique d'inévitables préoccupations métaphysiques et religieuses. L'égoïsme initial et apparent est chez Maine de Biran une attitude de départ qui le conduira au théocentrisme. C'est tout au moins l'explication de M. Landsberg. Maine de Biran, pour passer des expériences animales aux tendances unitaires du moi moral montre la nécessité absolue d'une aide spirituelle qui permet à l'homme de participer à la divinité par ses aspirations les plus hautes.

P. CARRETTE.

PSYCHANALYSE

Facteurs psychogénétiques de la polyurie schizophrénique (Psychogenic Factors in the Polyuria of Schizophrenia), par Wilbur R. MILLER. *The Journal of Nervous and Mental disease*. T. LXXXIV, n° 4, p. 418-426, octobre 1936.

La polyurie et la polydipsie des schizophrènes ne trouvent ni dans la physiologie, ni dans la biochimie d'explications satisfaisantes. M. Miller écarte les motifs d'origine délirante ou dementielle des états paranoïdes et attribue la polydipsie des schizophrènes à un état de régression affective sous forme de troubles du développement de la libido à une période où, d'après Freud, « l'activité sexuelle n'est pas encore séparée de l'absorption de la nourriture ».

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Le signe d'Hoffmann (The Hoffmann Sign), par Dean H. ECHOLS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIV, n° 4, p. 427-431, octobre 1936.

M. Echols cherche l'origine du signe de flexion combinée du pouce, et de l'index, par pression de l'extrémité du médus. La découverte en est attribuée par lui au professeur Hoffmann de Heidelberg, mort en 1919, ainsi que l'atteste son élève M. Curschmann. Le signe d'Hoffmann serait un excellent test de trouble des voies pyramidales.

P. CARRETTE.

Le syndrome pyramidal déficitaire, par J.-A. BARRÉ. *Revue Neurologique* T. LXVII, n° 1, p. 1-40, janvier 1937.

Le syndrome pyramidal peut se présenter dans son groupement symptomatique sous deux formes différentes : irritatif ou déficitaire. La recherche du test connu sous le nom de « manœuvre de la jambe » (chute lente de la jambe placée à angle droit sur la cuisse dans la position horizontale-ventrale) serait le signe différentiel à rechercher du syndrome déficitaire. Il importe d'en préciser le diagnostic pour les importantes conséquences pronostiques et thérapeutiques qu'il comporte. La signification des deux syndromes — irritatif et déficitaire — serait peut-être pour M. Barré l'expression pathologique de deux systèmes moteurs voisins : frontal pour le premier, préfrontal pour le second.

P. CARRETTE.

Famille turcomane présentant une amyotrophie héréditaire atypique, par B. SMIRNOW et J. STOBBSKY. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 4, p. 390-403, octobre 1936.

La famille observée par les auteurs présente des formes diverses d'affections musculaires se rapprochant du type mixte de Werdnig-Hoffmann et Erb ou de Gatz-Emanuel. La critique objective des cas oppose de nombreux arguments aux conceptions purement génétiques des maladies nerveuses hérédo-familiales et, dans l'état actuel de nos connaissances, un classement d'attente anatomo-clinique, comme celui de Marinesco, paraît plus logique.

P. CARRETTE.

Forme rare d'arachnoïdite spinale avec amyotrophie du membre inférieur gauche, par BRANDAN CARAFFA et PEIROTTI (*Archivos argentinos de neurologia*, Vol. XVI, n° 1-2, Février 1937).

L'arachnoïdite spinale est une affection rare, dont les aspects cliniques, l'étiologie et l'anatomie pathologique sont encore mal déterminés. Les auteurs en rapportent une observation détaillée avec amyotrophie progressive du membre inférieur gauche. Dans ce cas la radiculite n'est pas exclusivement antérieure, puisqu'il existe des phénomènes sensitifs radiculaires, mais elle est prédominante. Les processus inflammatoires de localisation antérieure sont forcément très rares en raison de la disposition anatomique des méninges.

LAUZIER.

Paralysie spastique spinale familiale (Familiäre spastische Paralyse), par W. RÖNNICHT. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 96, 5-6, 1937.

L'auteur rapporte les observations de deux frères atteints de paralysie spastique spinale pure. L'existence de troubles caractéristiques de la marche chez la mère et le grand-père maternel permet de conclure à l'hérédité dominante.

E. BAUER.

Formes méningées de la maladie de Heine-Medin (Formas meníngicas de la enfermedad de Heine-Medin), par Raúl CIBILS AGUIRRE. *Revista de la Asociacion medica argentina*. T. XLIX, n° 362, p. 1431-1453, septembre 1936.

La réalité des formes méningées de la maladie de Heine-Medin est établie sur des preuves cliniques, humorales et anatomo-pathologiques. L'auteur distingue trois variétés : la poliomyélite en deux temps, le type monophasique et la méningite poliomyélitique. La ponction lombaire complétant les premières constatations cliniques permettrait de poser un diagnostic et de décider précocement des mesures prophylactiques et sérothérapiques utiles.

P. CARRETTE.

Le tabès polyarthropathique, par Henri ROGER, Paul VIGNE et A.-Maurice RECORDIER. *La Presse médicale*, n° 7, p. 118-120, 24 janvier 1937.

Les altérations multiples, articulaires et osseuses du tabès ne paraissent pas devoir être attribuées à la syphilis osseuse. Les auteurs supposent qu'il s'agit d'une localisation des lésions tabétiques au niveau des formations sympathiques trophiques de la moelle.

P. CARRETTE.

A propos d'un cas d'ataxie subaiguë curable (du danger d'une systématisation nosographique abusive en médecine), par J.-A. CHAVANY. *La Presse médicale*, n° 29, p. 557-558, 10 avril 1937.

M. Chavany présente un cas d'ataxie à évolution rapide et le différencie du tabès classique dont la phase initiale est trop souvent mal observée. Ce qui rend le cas curieux, c'est l'origine infectieuse du syndrome et la preuve établie par l'anamnèse et le laboratoire de l'absence de syphilis chez le sujet. L'erreur du diagnostic initial le conduisit d'ailleurs à un traitement spécifique qui se prolongea pendant 10 ans.

P. CARRETTE.

Névralgie du plexus lombaire survenue brusquement au cours d'un effort. Sa pathogénie, par A. SOUQUES. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 3, p. 305-311, mars 1937.

La névralgie du plexus lombaire par effort survient dans la flexion des membres inférieurs sur le bassin, donc pendant la contraction du psoas. Le trouble paraît assez différent des névrites apoplectiformes. L'auteur pencherait pour l'hypothèse de la compression plutôt que pour celle de l'hémorragie.

P. CARRETTE.

De l'encéphalomyélite nécrotique subaiguë, par RISER, GERAUD et PLANQUES. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 4, p. 455-476, avril 1937.

La lésion fondamentale des névrites dont il est ici question est une nérose qui paraît primitive et due à la fixation d'une toxine sur le parenchyme nerveux. Elles sont essentiellement médullaires, mais l'encéphale n'est cependant pas respecté. C'est une pyrexie modérée, à évolution fatale, débutant par une paraplégie amyotrophique sensitivo-motrice avec ten-

dance ascendante. L'observation actuelle survint au cours d'un érythème sérique.

P. CARRETTE.

Sur un cas d'hémichorée avec lésion du noyau caudé, par A. AUSTREGESILLO et A. BORGES-FORTE. *Revue neurologique*. T. LXVII, n° 4, p. 477-488, avril 1937.

Une démente âgée présente des mouvements choréiques du membre supérieur gauche. Les lésions dominantes siègent au noyau caudé droit. Les auteurs concluent à l'origine strio-pallidale du syndrome choréique d'origine paralytique ou apoplectique. La symptomatologie hypercinétique possède une topographie précise ; ses voies sont croisées.

P. CARRETTE.

Etudes anatomo-cliniques sur la dégénérescence hépatolenticulaire (Forme portale de la maladie de Wilson, forme familiale de la pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell), par Ludo van BOGAERT et Edouard WILLOCKX. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 5, p. 461-497, novembre 1936.

Dans les deux formes de la dégénérescence hépatolenticulaire les auteurs observent le parallélisme étroit de la dégénérescence hépatique et de la désintégration cérébrale, la constance de la toxémie terminale et des paroxysmes tétanoïdes. Ils confirment les travaux de Schaffer et de Spielmeyer. La maladie est héréditaire et familiale non pas en tant que malformation nerveuse, mais plutôt par le fait d'un trouble du métabolisme de cause encore inconnue. La prévalence marquée du syndrome viscéral n'est pas rare. Ni les caractères lésionnels, ni la topographie ne sont d'une maladie systématisée.

P. CARRETTE.

Le spasme de torsion. Parallèle des tableaux cliniques entre la race juive et les autres races, par Jules ZADON. *Revue neurologique*. T. LXVI, n° 4, p. 365-389, octobre 1936.

Le spasme de torsion est un syndrome et les variétés nombreuses rattachées au trouble type de Ziehen-Oppenheim ne permettent pas d'isoler une forme de spasme possédant son individualité clinique et anatomique. Tout au plus peut-on admettre une certaine homogénéité des observations faites dans la race juive. Cette absence de polymorphisme se retrouverait surtout dans l'étiologie, dans les antécédents, plus que dans la symptomatologie. L'auteur s'attache à établir la différence entre le spasme de torsion et les syndromes comme les dystonies d'attitude et les athétoses avec lesquels on a parfois tendance à les confondre.

P. CARRETTE.

Les manifestations neurologiques des cirrhotiques. Considérations cliniques et pathogéniques, par Henri ROGER, Lucien CORNIL et Jean-L. PAILLAS. *Nutrition*. T. VII, n° 1, p. 1-37, 1937.

On impute aujourd'hui aux altérations du foie des polynévrites, un coma, le syndrome de Korsakoff dans ses deux formes lente et aiguë, la maladie de Wilson et la pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell, des scléroses médul-

laïres, des méningites. Ces affections sont-elles bien d'origine hépatique ? Les auteurs apportent des arguments positifs. Ils montrent la réalité de l'intoxication, sa transmission de la cellule hépatique au sang ou à la bile et sa fixation sur les éléments nerveux. Enfin le foie possède un pouvoir antitoxique altéré dans les cirrhoses. Sa fonction hématopoïétique et son rôle de réserve vitaminique sont de toute évidence mis en cause dans les syndromes neurologiques des anémies et des maladies par carence.

P. CARRETTE.

L'influence des affections digestives dans le déterminisme et l'évolution de certaines maladies du système nerveux, par Maurice LÉPER et Léon MICHAUX. *La Presse médicale*, n° 9, p. 153-154, 30 janvier 1937.

L'existence de complexes anatomo-cliniques tels que le syndrome hépatolenticulaire prouve qu'il existe des états neurologiques et même neuropsychiques engendrés par des altérations digestives ou para-digestives. Les auteurs citent de nouveaux cas ; par exemple une sclérotique liée à une entérocolite muco-membraneuse. Ils croient à un mécanisme d'intoxication par voie sanguine, avec une étape indispensable : la déficience hépatique. Bien d'autres syndromes dont l'interprétation est délicate intéressent la riche innervation du tractus digestif dans ses nombreuses formations abdominales.

P. CARRETTE.

ANATOMIE

Altérations médullaires dans un cas d'alcoolisme chronique (Alteraciones medulares en un caso de alcoholismo crónico), par V. DIMITRI. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. I, n° 1, p. 3-31, juillet-août 1936.

Les lésions observées consistent en névrite, altérations spinales et hémorragie cérébrale ayant déterminé la mort. Le processus dégénératif touche les fibres exogènes et endogènes sans systématisation, de grandes zones des faisceaux de Goll et de Burdach apparaissent démyélinisés dans la moelle cervico-dorsale. Les tuniques vasculaires sont peu touchées et ce n'est pas par les vaisseaux, observe M. Dimitri, que l'intoxication consécutive à l'alcoolisme chronique se propage, mais par le liquide céphalo-rachidien.

P. CARRETTE.

Altérations encéphaliques dans un cas de maladie de Paget (Alteraciones encefalicas en un caso de enfermedad de Paget), par V. DIMITRI et J. ARANOVITCH. *Revista neurologica de Buenos-Aires*. T. I, n° 2, p. 139-151, septembre-octobre 1936.

Les lésions encéphaliques sont fréquentes dans la maladie de Paget. Elles sont superficielles et s'expliquent par la compression de l'hyperostose spongieuse. Le point particulier de l'observation de MM. Dimitri et Aranovitch réside dans l'intensité des lésions érébelleuses. Les zones de cellules de Purkinje sont irriguées directement par des vaisseaux dont la nappe, s'étendant en surface, est particulièrement vulnérable comme l'avaient déjà montré en 1929 les travaux d'Uchimura.

P. CARRETTE.

Pathogénie du signe d'Argyll-Robertson dans la paralysie générale (Pathogenia del signo de Argyll-Robertson en la Paralisis General), par Roque ORLANDO et Braulio A. MOYANO. *Anales de la Universidad Central* (Equateur), T. LVII, n° 298, p. 557-562, octobre-décembre 1936.

Le processus lésionnel qui provoque le signe d'Argyll-Robertson est une dégénérescence périphérique comparable à celle des fibres cérébrales dans la paralysie générale. Les auteurs ont observé la disparition des fibres myéliniques de l'iris et l'absence de dégénérescence rétrograde des nerfs ciliaires. Ils interprètent le trouble comme un état de dégénérescence périaixile.

P. CARRETTE.

Sur les lésions nerveuses intrahépatiques dans les cirrhoses, par Lucien CORNIE et Michel MOSINGER. *Nutrition*. T. VII, n° 1, p. 39-49, 1937.

Les lésions nerveuses intraviscérales négligées par les anatomistes et les physiologistes ont attiré récemment l'attention par l'intérêt toujours plus grand qui s'attache aux manifestations neuro-végétatives des grands syndromes viscéraux. La symptomatologie de ces altérations est bien connue, mais leur mécanisme reste obscur. Il est assez logique de supposer que les troubles réflexes proviennent d'irritations nerveuses analogues aux névromes d'amputation des membres, responsables des troubles vaso-moteurs et trophiques si souvent décrits, surtout depuis la guerre.

P. CARRETTE.

BIOLOGIE

Etude du spectre d'absorption du liquide cérébro-spinal dans la partie visible du spectre (A Study of the Absorption Spectra of Cerebro-Spinal Fluid in the Visible Part of the Spectrum), par Hugo MELLA et Mabel M. BLUMBERG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIII, n° 6, p. 685-688, juin 1936.

L'analyse spectroscopique du liquide céphalo-rachidien fait apparaître des bandes d'absorption. L'étude de leurs variations pourrait fournir un élément intéressant du diagnostic biologique des affections cérébro-spinales. Le traitement du liquide par le crésyl violet permet aux auteurs d'établir des tests par comparaison avec le spectre obtenu par l'eau et des solutions salées. Il semble que les substances qui obstruent la lumière ne sont pas les protéines, mais les matières colloïdales ou les bactéries en suspension.

P. CARRETTE.

Le lipiodiagnostic sous-arachnoïdien est-il dangereux ? par J. HAGUENAU. *Le Monde médical*, n° 885, p. 825-827, 1-15 juillet 1936.

L'auteur publie un cas malheureux d'examen chez une enfant de 15 mois, suivi de mort. Il rappelle les réactions inflammatoires imputables à l'huile altérée et les observations d'évolution brusque de tumeurs longtemps latentes. Ces exceptions ne l'empêchent pas de considérer le lipiodiagnostic comme une épreuve bénigne et d'une indiscutable utilité clinique.

P. CARRETTE.

Relation entre le sucre du liquide céphalo-rachidien et du sang dans la neurosyphilis non traitée (Relationship between the cerebrospinal fluid sugar and blood sugar, in untreated neurosyphilis), par Purcell G. SCHUBE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 1, p. 139-153, juillet 1936.

Le dosage du sucre dans le sang et le liquide céphalo-rachidien présente des modifications au cours de la syphilis. Dans près de la moitié des cas observés par M. Schube, des anomalies au passage du sucre au niveau de la barrière hémato-méningée sont constatées.

P. CARRETTE.

L'index hyperglycémique, élément du pronostic (The Hyperglycæmic Index as an Aid to prognosis), par P. K. Mc COWAN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXII, n° 340, p. 589-591, septembre 1936.

L'hyperglycémie est fréquente dans les états dépressifs et elle est parfois très élevée au cours des paroxysmes anxieux. Son évolution peut fournir une indication sur la terminaison d'un accès maniaco-dépressif. Les malades qui, sortant de l'état de stupeur, signalent la dépression quand on les interroge sur leur crise, sont en général ceux qui avaient présenté une élévation de la glycémie. Et la réciproque est également vraie.

P. CARRETTE.

Hématologie des convulsions (The Hæmatology of Convulsions), par Arthur GUIRDHAM. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXII, n° 339, p. 371-393 juillet 1936.

La leucocytose paraît liée à l'apparition des crises épileptiques. L'éosinophilie est observée, quoique rarement. L'augmentation des globules rouges et du taux d'hémoglobine est également associée dans certains cas aux accès convulsifs.

P. CARRETTE.

La calcémie dans la narcoïse prolongée (Serum Calcium in Prolonged Narcosis), par T. J. HENNELY et E. D. YATES. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXII, n° 339, p. 411-415, juillet 1936.

La chute de la calcémie est observée par les auteurs dans la narcoïse prolongée due à l'association somnifère-insuline-glucose. Cet effet paraît lié à des troubles du fonctionnement parathyroïdien et suggère aux auteurs des considérations sur le traitement des états hypocalcémiques par la parathormone.

P. CARRETTE.

Action contracturante de l'acétylcoline intraartérielle dans quelques affections du système nerveux et musculaire (Acción contracturante de la acetilcolina intraarterial en algunas afecciones del sistema nervioso y muscular), par A. LANARI. *Revista de la Sociedad argentina de Biología*. T. XII, n° 6, p. 299-303, septembre 1936.

L'acétylcoline en injection intrahumérale à la dose de 4 centigrammes a produit une contraction brève des muscles atteints de dégénérescence, une

contracture renforcée dans les lésions pyramidales avec rigidité, dans les myopathies et les affections extra-pyramidales les contractions n'ont pas été observées.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Les tests physiothérapiques en endocrinologie, par J.-A. HUET. *Le Progrès médical*, n° 11, p. 415-416, 13 mars 1937.

L'auteur signale la valeur du test de Ferrier, mesure du temps d'oxygénation du sang par l'examen spectroscopique ; la mesure de l'angle d'impédance de Lamy qui permet d'apprécier des changements de la résistance électrique du corps ; enfin, la recherche de l'hormone directrice par la radiothérapie. Les procédés physiothérapiques apportent un élément nouveau de diagnostic des endocrinopathies.

P. CARRETTE.

Quelques données récentes fournies par l'étude histophysiologique du système neuro-végétatif, par G. ROUSSY et M. MOSINGER. *La Presse médicale*, n° 23, p. 433-436, 20 mars 1937.

Les éléments constitutifs du système nerveux végétatif sont en état de continue transformation. Cette conception est opposée à la doctrine classique de l'immuabilité des neurones, mais les résultats d'expérimentations récentes sont concluants. C'est ainsi qu'on a pu mettre en évidence, au niveau des noyaux végétatifs hypothalamiques, une hormonopexie neuronale. L'hypothèse d'une fonction endocrine du système neuro-végétatif prend corps. Cette « neurocrinie », suivant l'expression de Pierre Masson et Louis Berger, a été recherchée surtout pour l'hypophyse antérieure. Sa mise au point permettrait d'instituer une thérapeutique hormonale rationnelle de certaines perturbations du système neuro-végétatif.

P. CARRETTE.

Le rôle des corrélations cortico-diencephaliques et diencephalo-hypophysaires dans la régulation de la veille et du sommeil, par Albert SALMON. *La Presse médicale*, n° 27, p. 509-512, 3 avril 1937.

La physiologie du sommeil est réglée par les noyaux diencephaliques, l'hypophyse et le cortex. On admet que la région infundibulo-hypophysaire joue un rôle régulateur dans notre vie émotive et affective. Les hormones hypophysaires modèrent l'activité diencephalique. La somnolence est obtenue par des injections intraventriculaires. La préhypophyse paraît jouer son rôle inhibiteur grâce à son intervention sur la répartition du brome. Le cortex aurait au contraire une influence antagoniste. Il fournirait au diencephale les stimuli nécessaires au maintien de l'état de veille. Le sommeil apparaît dès lors, non pas comme un simple état négatif, phase d'arrêt dans l'exercice des fonctions supérieures, mais plutôt comme un comportement lié à l'activité neuro-endocrinienne. Veille et sommeil seraient les résultats d'influences opposées exercées sur la fonction diencephalique hypno-régulatrice.

P. CARRETTE.

L'altération de certaines glandes endocrines au cours de l'alcoolisme chronique (Essai d'interprétation pathogénique), par Maurice VILLARET, L. JUSTIN-BESANÇON, J. DELARUE et H.-P. KLOTZ. *La Presse médicale*, n° 105, p. 2115-2117, 30 décembre 1936.

L'atrophie thyro-ovarienne liée à l'alcoolisme chronique et à la polynévrite apparaît, non comme un effet direct de l'alcool, mais comme le résultat d'une action toxique provoquée par l'altération précoce de la muqueuse gastrique et de la cellule hépatique.

P. CARRETTE.

Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse, par Jacques DECOURT. *Le Progrès médical*, n° 12, p. 449-463, 20 mars 1937.

Les adénomes parathyroïdiens provoquent un hyperfonctionnement glandulaire qui est à l'origine de l'ostéite fibro-kystique de Recklinghausen. Le seul traitement logique est l'ablation chirurgicale. Dans le rachitisme et l'ostéomalacie, la mobilisation calcique secondaire se fait aux dépens du squelette et s'accompagne d'une hyperplasie parathyroïdienne réactionnelle. Quant à la maladie de Paget, elle paraît bien étrangère à toute intervention des parathyroïdes.

P. CARRETTE.

Cachexie hypophysaire et anorexie mentale, par Maurice LOEPER et René FAU. *Le Monde médical*, n° 888, p. 921-931, 1^{er} octobre 1936.

Pour M. Loeper et Fau, la maladie de Simmonds est très rare. Dans la pratique les cas les plus fréquents se situent entre la cachexie hypophysaire vraie et l'anorexie mentale primitive. On observerait surtout une insuffisance hypophyso-ovarienne avec troubles digestifs tantôt primitifs, tantôt secondaires soit à la perturbation endocrinienne, soit à une constitution psychopathique particulière. La pathogénie des variétés cliniques mérite d'être précisée, car elle guide les mesures thérapeutiques de base : opothérapie, psychothérapie ou suralimentation.

P. CARRETTE.

Aperçus sur le rôle de l'hypophyse dans le métabolisme hydrocarboné, par Mares CAHANE. *La Presse médicale*, n° 29, p. 550-552, 10 avril 1937.

On sait que Cushing a obtenu la guérison du diabète de certains acromégales en extirpant le lobe antérieur de l'hypophyse. Il y aurait une hyperglycémie de nature hypophysaire par action d'une hormone diabétogène, normalement équilibrée par une hormone antagoniste stimulant la fonction endocrine du pancréas. Le centre excito-sécrétoire infundibulaire, centre végétatif, serait freiné par l'activité de la première hormone. Le ganglion cervical supérieur interviendrait enfin dans la régulation hydrocarbonée, moins par son influence sur la glande pituitaire que par ses corrélations avec l'appareil surrénal.

P. CARRETTE.

La valeur de la réaction d'Aschheim-Zondek dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, par Marcel MONNIER. *La Presse médicale*, n° 22, p. 412-416, mars 1937.

La réaction d'Aschheim-Zondek permet de déceler des modifications fonctionnelles de l'hypophyse. Elle renseigne indirectement sur l'état d'organes de voisinage. Ainsi l'hyperactivation antéhypophysaire est fréquemment la conséquence de l'irritation provoquée par une tumeur du 3^e ventricule ou de la région frontale. On sait que, du point de vue technique, il suffit de noter la réaction gonadotrope par injection d'urine. La réponse positive indique que l'affection encéphalique (tumeur) n'a pas atteint le stade avancé de destruction des connexions encéphalo-hypophysaires.

P. CARRETTE.

ASSISTANCE

L'œuvre de Julien Raynier, par H. BEAUDOUIN, J. HAMEL, G. DEMAY, J. LAUZIER et P. SCHÜTZENBERGER. *L'Aliéniste français*, n° spécial, février 1937.

Cinq médecins des Hôpitaux psychiatriques, les plus qualifiés par leur amitié et le souvenir de leur collaboration, apportent à Julien Raynier un pieux hommage en une série d'articles émouvants. M. Beaudouin retrace la genèse de « l'Aliéné et les Asiles d'aliénés », son difficile aboutissement en 1927 et le succès légitime qui couronna cette œuvre magistrale. M. Hamel nous rappelle les qualités exceptionnelles de l'administrateur, de l'inspecteur et de l'hygiéniste que révélait déjà le rapport de 1923. M. Demay nous montre ensuite Raynier luttant pour la suppression de l'adjuval, consacrant son énergie jusqu'aux derniers instants à l'établissement et au maintien du statut des médecins des Asiles. Il a usé ses dernières forces pour ses collègues et pour les malades, oubliant son propre repos. On peut apprécier l'étendue de ses réalisations en lisant l'article de M. Lauzier, qui insiste sur la part qu'il a prise à la reconstruction des Asiles du Nord de la France et à l'édification d'établissements comme ceux de Lannemezan et de Ravenel. Enfin, M. Schützenberger nous annonce que l'Association amicale des établissements publics d'aliénés fonde un prix Julien Raynier, destiné à récompenser tous les 3 ans un travail sur l'Aliéné et les Asiles, en stimulant l'initiative des jeunes aliénistes qui apprendront ainsi à honorer et à se rappeler l'un de leurs aînés, aliéniste exemplaire trop tôt disparu.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les difficultés dans l'éducation des enfants et des jeunes gens, par le Dr TRAMER. *Kranken-und Irrenpflege*, Zurich, n° 11, novembre 1937.

Il n'y a pas d'éducation qui ne se heurte à des difficultés. Si celles-ci sont graves, elles proviennent de conflits moraux ou de déficiences corporelles. Parfois il s'agit d'une infirmité qui impose une lourde contribution à la vie psychique de l'enfant, et la tâche des éducateurs est d'apprendre aux infirmes et aux estropiés à se libérer de leur complexe d'infériorité. Parfois il s'agit d'une déficience mentale, et moins l'enfant est arriéré, plus il ressent

ce qui le sépare de ses camarades normaux. Il arrive également que certains parents refusent à admettre ou ignorent la déficience intellectuelle de l'enfant ; d'où la nécessité de déterminer les limites de ses capacités et d'y adapter les méthodes d'éducation. Parfois enfin il s'agit de difficultés de caractère que l'entourage accentue, exacerbe ou neutralise ; le plus souvent il est alors urgent d'éloigner l'enfant de son milieu.

Mais on est trop tenté de ne rechercher les causes de difficultés que du côté de l'élève ; cependant les éducateurs ont à ce propos une lourde responsabilité et les erreurs qu'ils commettent peuvent avoir de graves conséquences. Laisser trop de liberté à l'enfant, c'est développer en lui l'égoïsme ; le soumettre à une discipline trop stricte, c'est souvent le rendre renfermé, sournois ou passif.

Enfin le développement de l'enfant n'est pas régulier, ses progrès ne sont pas constants. Il existe des crises de la troisième, de la neuvième année et de la puberté. Ce sont des étapes vers l'affirmation de la personnalité, vers la liberté et la conscience de soi, et elles créent des difficultés dont les éducateurs doivent tenir compte.

La condition essentielle de l'harmonie entre éducateurs et sujets est la confiance ; elle seule permet à l'éducation d'être fructueuse et de remplir son rôle.

LAUZIER.

L'état actuel et les besoins dans l'étude de l'hérédité dans la psychiatrie polonaise, par M. le professeur S. BOROWIECKI (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXIX-XXX, 1937).

L'auteur souligne l'insuffisance des recherches généalogiques dans les familles dont les antécédents sont particulièrement chargés de troubles psychiques. La nécessité des recherches statistiques s'impose pour acquérir les notions suffisantes sur l'hérédité en psychiatrie. Le fait que les études poursuivant ce but ont déjà été effectuées dans certains pays n'élimine pas la nécessité de recommencer les mêmes recherches. Les efforts des observateurs particuliers ne suffisent pas pour assurer aux résultats déjà acquis toute la valeur scientifique. Il est indispensable de les grouper dans des centres spécialisés. L'utilité de ces recherches est à considérer, non seulement au point de vue purement psychiatrique, mais présente également un intérêt puissant au point de vue de la défense de la race contre les dangers de la dégénérescence.

FRIBOURG-BLANC.

Limitation de la natalité chez les oligophrènes, par W. LUNIEWSKI. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. 31, 1938.

Il n'y a pas d'homogénéité biologique dans l'oligophrénie héréditaire. Les différents types d'oligophrénie se transmettent de façons différentes. Dans beaucoup de cas l'oligophrénie ayant pour bases les altérations héréditaires du système nerveux central, la stérilisation s'accomplit spontanément. Son application serait superflue. La stérilisation des oligophrènes, très désirable au point de vue eugénique, se heurterait à des difficultés pratiques importantes. Toutefois, la criminalité répétée constituerait une indication importante qui pourrait être retenue avec profit au point de vue social.

FRIBOURG-BLANC.

Alcool et sécurité de la route (alcohol and Road Safety), par le Dr W. M. FAIRLIE. *The Medico-Legal and Criminological Review*. Vol. VI, fasc. 1, Janvier 1938, p. 11.

Exposé de l'état actuel de la question présenté par le Dr W. M. Fairlie à une conférence organisée sous les auspices de la Ligue Nationale de Tempérance. L'auteur pose en principe que alcool et automobilisme ne peuvent aller ensemble. La première indication est de faire l'éducation du public par une propagande bien comprise, en particulier par voie de presse. Il faut mettre les conducteurs en garde contre l'euphorie de l'alcool et le sentiment de fausse sécurité qui en est une manifestation. Il faut aussi prohiber impitoyablement tout ce qui peut encourager un conducteur à absorber de l'alcool. Régaler (to treat) une personne qui a la responsabilité d'un car devrait être considéré comme un délit (a legal offence). La vente de l'alcool aux conducteurs d'autos devrait être réglementée. On devrait exiger de toute personne postulant pour un permis de conduire l'engagement de s'abstenir d'alcool pendant un certain nombre d'heures avant de prendre le volant. Il serait bien également que les compagnies d'assurances consentissent des conditions de faveur aux conducteurs abstinents. Le Dr Fairlie est d'avis que le permis de conduire devrait être retiré à tout automobiliste reconnu intempérant et ne devrait pouvoir être rendu que sur décision de la Cour.

J. ROGUES DE FURSAC.

Les manifestations toxiques dues au tétrachlorure de carbone, par P. LANDE et P. DERVILLÉE. *Revue Médicale française*, n° 8, p. 697-703, novembre 1936.

Le tétrachlorure de carbone, utilisé en thérapeutique comme anti-parasitaire, dans l'industrie pour la manipulation du caoutchouc, pour celle des vernis et des corps gras, utilisé enfin comme extincteur d'incendie sous le nom de pyrène, est à dose massive, un poison absorbé par les voies respiratoires et peut-être aussi par la peau. La législation française continue à ignorer ses méfaits. Cependant, depuis 1931, la déclaration des accidents provoqués par le tétrachlorure de carbone est obligatoire. Les accidents sont surtout d'ordre hépato-rénal. Chez les prédisposés, les alcooliques, les ouvriers atteints de lésions du foie ou de néphrite chronique, les précautions à prendre doivent être redoublées. Les accidents cérébraux secondaires, analogues à ceux de toutes les intoxications par les substances volatiles, doivent être connus. Ces accidents peuvent même être primitifs, graves, mortels.

P. CARRETTE.

Éthérisme dans les districts de Rybnik et de Pszczyna, par M. WIENDŁOCHA (*Gazeta Lekarska Śląska Polskiego*. T. II, fasc. 1 du 1^{er} janvier 1937).

L'auteur expose les détails des pratiques d'éthéromanie en usage dans ces deux districts en Silésie polonaise. Cette toxicomanie qui s'est installée dans la région au cours de la deuxième moitié du XIX^e siècle a pris une très grande extension et a pénétré dans les habitudes de la population rurale et minière. L'auteur expose les habitudes des éthéromanes locaux, la manière d'absorber l'éther, les réunions des toxicomanes en associations dites « chapelles », les croyances populaires sur les vertus du narcotique, etc..

Il expose les moyens de lutte contre l'éthéromanie actuellement en vigueur et les perfectionnements à introduire pour combattre plus efficacement la toxicomanie en vogue dans les deux districts polonais.

FRIBOURG-BLANC.

THÉRAPEUTIQUE

Thérapeutique de la démence précoce, par Pierre MASQUIN. *La Provence médico-chirurgicale*, n° 1, p. 3-5, janvier 1937.

La démence précoce type Morel devrait relever des traitements somatiques : pyrétothérapie, ondes courtes, soufre et or et la schizophrénie des échos psychothérapiques : narcose, suggestion, analyse. Dans la pratique, on voit que ces distinctions sont arbitraires et qu'il faut employer avec persévérance des méthodes combinées.

P. CARRETTE.

Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinaire, par E. BAUER. *La Provence médico-chirurgicale*, n° 1, p. 6-13, janvier 1937.

Nous manquons de recul pour juger la méthode de Sakel, dernière venue parmi les thérapeutiques des psychopathies. Les résultats favorables dans les cas aigus et récents de schizophrénie peuvent laisser un doute dans l'esprit. Il faudra de plus en plus s'adresser aux cas anciens et avérés pour apprécier l'efficacité du procédé.

P. CARRETTE.

Remarques sur les résultats acquis dans l'insulinothérapie des schizophrénies à la lumière de la documentation expérimentale en Pologne, par Fr. BEREZOWSKI. *Rocznik Psychjatryczny*, fasc. 31, 1938.

Ce travail est basé sur un nombre imposant de malades atteints de schizophrénie et traités par l'insuline (508 cas dont 231 malades récents et 277 chroniques). Trois techniques différentes ont été expérimentées. Les meilleurs résultats ont été obtenus par la méthode d'heures hypoglycémiques. Les résultats de cette expérimentation démontrent que la mise au point de l'insulinothérapie n'est pas achevée. L'observation des sujets devrait dépasser le moment de l'interruption des échos insulinaires en tenant compte des troubles psychiques de différentes formes cliniques. Il serait utile de poursuivre des recherches de laboratoire sur la teneur du sang en calcium, en potassium et en rapport avec la leucoeytose, dans le but de déterminer le mécanisme thérapeutique de la méthode. Il n'est pas impossible d'entrevoir dans l'insulinothérapie de la schizophrénie le début d'une thérapeutique hormonale.

FRIBOURG-BLANC.

Influence des fortes doses d'insuline sur la circulation, par St. EMILJANOWICZ. *Polska Gazeta Lekarska*, tome XVI, n° 46, 14 novembre 1937.

A propos du traitement de la schizophrénie par l'insuline et d'un cas personnel avec issue mortelle, l'auteur souligne les dangers de l'emploi de

fortes doses d'insuline et la nécessité d'une surveillance attentive du système circulatoire des malades en traitement. Du côté du cœur, les troubles se manifestent par l'apparition de souffles, d'arythmie et de contractions surajoutées. Du côté des vaisseaux, on observe l'augmentation de l'amplitude de la pression, surtout de la pression maxima, des irrégularités et des troubles du rythme. L'électrocardiogramme témoigne de troubles de la vascularisation et du fonctionnement du cœur.

FRIBOURG-BLANC.

Signes neurologiques survenant au cours de l'hypoglycémie insulínique chez des malades atteints de troubles psychiques, par A. OPALSKI. *Rocznik Psychjatryczny*, fasc. 31, 1938.

Au cours du traitement par l'insuline des malades atteints de troubles psychiques, l'auteur distingue six phases caractérisées par des signes neurologiques : 1° Phase d'excitation motrice aux caractères pseudospontanés. 2° Phase d'akinésie précoce. 3° Phase de secousses cloniques et de myoclonies-éclairs. 4° Phase d'état tonique des fléchisseurs. 5° Phase d'état tonique des extenseurs. 6° Phase d'akinésie tardive et d'aréflexie. Les troubles vasomoteurs du type congestif se répartissent non pas par segments ou membres, mais s'étendent sur une surface plus étendue, par partie du corps.

FRIBOURG-BLANC.

A propos de la réaction des schizophrènes au choc hypoglycémique par l'insuline (On the Response of Schizophrenic Subjects to Hypoglycemic Insulin Shock), par Joseph WORTIS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIV, n° 5, p. 497-506, novembre 1936.

Le traitement de Sakel a donné à M. Wortis 63 0/0 d'améliorations dans des cas de schizophrénie. Manié avec prudence, le coma insulínique ne lui a pas donné de mécomptes. Il convient de soumettre le sujet à une cure préparatoire d'insuline afin d'établir si possible un seuil de réaction. On comprend que la dose utile varie d'un malade à l'autre puisqu'il s'agit de modifier le métabolisme des hydrates de carbone, inégalement troublé suivant les cas.

P. CARRETTE.

Contribution au traitement des états d'inhibition schizophréniques ; en particulier de la stupeur catatonique, par l'utilisation des réactions de déblocage hypoglycémiques (Zur Behandlung schizophrener Hemmungszustände, insbesondere des katatonen Stupors, durch Verwertung der hypoglykämischen Enthemmungsreaktionen), par K. Th. DUSSIK. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 97, 1-2, 1937.

Dans la complexité des modifications que subit l'état mental au cours de l'hypoglycémie insulínique, il convient d'isoler un certain nombre de phénomènes particuliers dont la connaissance est essentielle pour la conduite rationnelle du traitement. L'état existant au moment de l'interruption du choc est celui dans lequel le sujet a tendance à rester fixé ensuite. Ainsi, dans la stupeur catatonique, le choc doit être arrêté le plus souvent quand les phénomènes de déblocage ont atteint leur développement maximum ;

il ne faut provoquer des chocs comateux qu'en cas d'échec de cette technique ou quand l'état psychique des malades le commande pour d'autres raisons (extériorisation et persistance d'un délire paranoïde après la disparition de la stupeur). L'auteur attribue la réaction de déblocage au déclenchement subit de mécanismes régulateurs antagonistes et il discute à leur sujet le rôle possible de l'adrénaline ; d'ailleurs, l'interruption des chocs à l'aide de l'adrénaline a paru favorablement influencer le résultat de la thérapeutique dans certains cas.

E. BAUER.

Du traitement de la schizophrénie par le cardiazol et l'insuline combinés,
par A. DOMASZEWICZ et A. ERB. *Rocznik Psychiatryczny*, fasc. 31, 1933.

Cette méthode a été employée dans 21 cas. Elle apporte l'enseignement suivant : 1° Elle peut réussir dans les cas où l'insulinothérapie seule a échoué. 2° Quelquefois l'insuline fixe et complète les améliorations obtenues par le cardiazol. 3° L'insuline augmente l'action du cardiazol et permet de diminuer la dose de ce médicament. 4° Le cardiazol donne des résultats meilleurs dans les cas présentant des signes psychomoteurs. L'insuline est plus avantageuse dans le traitement des formes paranoïdes et hébéphréniques.

FRIBOURG-BLANC.

Traitement de la schizophrénie par la méthode de von Meduna, application de cette méthode à un cas de paralysie générale fixée (El tratamiento de la esquizofrenia por el Metodo de von Meduna ; su aplicacion a un caso di parálisis general estacionaria), par Honorio DELGADO. *Archivos de Criminologia, neuropsichiatria y disciplinas conexas*. Vol. I, n° 7 à 12, juin-décembre 1937, p. 347. Quito (Equateur).

Traitement de la schizophrénie par injections intravineuses de cardiazol. L'auteur a obtenu des résultats du même ordre que von Meduna lui-même qui a noté, sur 45 cas traités, 14 rémissions complètes, 3 bonnes rémissions, 8 rémissions « sociales », 21 cas non influencés. Le cas de paralysie générale auquel le Dr Delgado a appliqué la même méthode avait été malarisé deux fois et soumis à plusieurs séries de néosalvarsan. Il s'agissait au début d'un cas de paralysie générale expansive avec délire de grandeur tout à fait classique. Ultérieurement, à la suite des divers traitements suivis, les troubles psychiques évoluèrent rapidement vers un syndrome de « schizophrénie paranoïde », qui persista sans modification importante pendant plus de deux ans. Un traitement par le cardiazol fut institué. Le malade reçut 35 injections qui déterminèrent 30 attaques épileptiformes. Une certaine amélioration apparut après la 10^e injection, mais ne se maintint pas, le traitement ayant été interrompu par manque de médicament. Le traitement, repris au bout d'un mois environ et continué jusqu'au nombre d'injections indiqué plus haut, amena une rémission très marquée au point de vue mental et une amélioration très sensible de l'état général. A noter que le liquide céphalo-rachidien n'a jamais présenté de lymphocytose, ce qui paraît indiquer que dans ce cas la réaction méningée était réduite au minimum.

J. ROGUES DE FURSAC.

Malariathérapie et démence précoce, par Pierre MASQUIN. *La Provence médico-chirurgicale*, n° 1, p. 19-23, janvier 1937.

La malariathérapie serait utilisable, non seulement dans les formes confusionnelles, aiguës, mais dans des types hétérophréniques ou catatoniques caractérisés. Les rémissions obtenues prouveraient la supériorité du traitement malarique sur les tentatives antérieures.

P. CARRETTE.

Le mécanisme de la cure malarique dans la paralysie générale (The Mechanism of Malaria Cure in General Paralysis), par G. M. DAVIDSON. *The Journal of Nervous and Mental disease*. T. LXXXIV, n° 1, p. 46-53, juillet 1936.

La paralysie générale est due à un ensemble de conditions dans lesquelles la syphilis figure sans doute constamment, mais à titre très secondaire. D'autres facteurs, nombreux et obscurs, entrent en ligne de compte : l'alcool et les traumatismes des toxi-infections, des imperfections morphologiques nerveuses centrales, congénitales ou acquises, des tendances humorales. La déficience du système réticulo-endothélial prépare le terrain de la méningo-encéphalite diffuse. L'inoculation malarique, influençant favorablement certaines conditions : réactivation réticulo-endothéliale, corrections de métabolismes sans pouvoir les modifier toutes, ainsi s'expliquerait la relativité des améliorations et les difficultés du pronostic.

P. CARRETTE.

L'évolution de la paralysie générale progressive est-elle modifiée par les thérapeutiques modernes ? par P.-A. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON. *La Presse médicale*, n° 43, p. 300, 29 mai 1937.

La statistique dressée par les auteurs porte sur les entrées de 3.000 malades mentaux depuis 1920. Ils observent depuis 1933 une chute du nombre des paralysies générales. L'évolution et l'allure cliniques tendent à se modifier tandis que la mortalité baisse sensiblement depuis que le traitement intensif chimique et malarique est appliqué méthodiquement.

P. CARRETTE.

La thérapeutique de choc dans les psychoses, par Augusto PIRES de LIMA. *Le Monde médical*, n° 885, p. 840-844, 1-15, juillet 1936.

La manie et la confusion mentale, expression — selon l'auteur — d'un état d'intoxication, sont justiciables des méthodes thérapeutiques des autres états toxi-infectieux. L'absence de fixation aseptique mobilise les résistances organiques. C'est un moyen curatif excellent dont la valeur n'est pas seulement empirique, mais logique.

P. CARRETTE.

La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces, par J. DUBLINEAU. *La Provence médico-chirurgicale*, n° 1, p. 14-18, janvier 1937.

M. Dublineau estime que la pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or ou à l'arsénite a, à son actif, des rémissions certaines dans un certain nombre de psychoses graves de l'adolescence. Si la tuberculose évolutive est une

contre-indication fréquente, les antécédents tuberculeux constituent une condition souvent favorable aux améliorations de l'état somatique et psychique.

P. CARRETTE.

Episodes délirants associés aux fièvres artificielles (Delirious episodes associated with artificial fever), par Franklin G. EBAUGH, Clarke H. BARNACLE et Jack R. EWALT. *The American Journal of Psychiatry*. T. XCIII, n° 1, p. 191-217, juillet 1936.

Les réactions délirantes au cours même de la fièvre thérapeutique sont en somme assez rares. Elles varient suivant la technique employée et la maladie traitée, mais le rôle essentiel paraît joué par les dispositions individuelles et la sensibilité aux médications calmantes utilisées pour neutraliser l'agitation.

P. CARRETTE.

Effet de la benzédrine sur les états dépressifs (The Effect of Benzedrine on Depressive States), par E. GUTTMANN. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXII, n° 340, p. 618-625, septembre 1936.

La benzédrine produit des effets physiologiques comparables à ceux de l'adrénaline. Le relèvement de la tension et l'impression de force qui remplace l'asthénie du mélancolique entretiennent un sentiment d'euphorie peu durable mais facile à renouveler. M. Guttmann estime que plus le cas est ancien, plus il importe de donner au malade l'impression qu'on peut le remonter et dissiper ses sensations pénibles.

P. CARRETTE.

Effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue chez les normaux et dans les névroses (Effect of Benzedrine Sulfate on Mood and Fatigue in Normal and in Neurotic Persons), par Abraham MYERSON. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXXVI, n° 4, p. 816-822, octobre 1936.

Le sulfate de benzédrine s'emploie aux doses de 5 à 20 mmgrs. C'est un stimulant; aux doses fortes il augmente l'activité, provoque l'euphorie et l'hypertension, empêche le sommeil. Chez les déprimés, les asthéniques, l'utilisation du médicament est recommandée. Sans avoir un effet curatif, il permet de lutter contre les impressions pénibles et le découragement au cours d'un traitement rationnel.

P. CARRETTE.

Effets de l'acétylcholine sur les symptômes somatiques de l'anxiété (The Effect of Acetyl Choline on the Somatic Symptoms of Anxiety), par Maxwell SCHAW JONES. *The Journal of Mental Science*. T. LXXXII, n° 341, p. 785-790, novembre 1936.

Des injections quotidiennes de chlorure de carbaminoylcholine sont pratiquées pendant une quinzaine chez des anxieux. Au syndrome d'hyperactivité sympathique succède une stimulation du vague avec disparition plus ou moins complète des troubles vaso-moteurs générateurs d'angoisses. Toutefois, l'arrêt du traitement provoque généralement une rechute.

P. CARRETTE.

Nouvelle contribution au traitement de la dépression mélancolique par l'hématoporphyrine (Photodyn) (Nueva contribucion al tratamiento de la Depresion Melancolica par la Hematoporfirina (Photodyn), par CONRADO O. FERRER. *Boletin del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 14, p. 314-317, décembre 1936.

L'auteur a observé les effets favorables de l'hématoporphyrine dans les mélancolies de la ménopause. Il publie un succès nouveau obtenu chez un sujet jeune, rapidement tiré de sa dépression et rappelle l'action du médicament sur la nutrition générale.

P. CARRETTE.

Thérapeutique par l'hématoporphyrine dans les psychoses affectives (Hematoporphyrin Therapy in the Affective Psychoses), par EDWARD A. STRECKER, HAROLD D. PALMER et FRANCIS J. BRACELAND. *The American Journal of Psychiatry*. T. LXXXIII, n° 2, p. 361-374, septembre 1936.

Le chlorhydrate d'hématoporphyrine synthétique produit expérimentalement la photosensibilisation, la suractivation motrice et l'irritation de la peau. L'injection intra-dermique provoque une pigmentation secondaire après exposition aux rayons solaires. Le bénéfice recueilli par les malades traités à l'hématoporphyrine ne paraît pas dû à des changements neuro-végétatifs, mais à une stimulation de l'oxygénation cellulaire.

P. CARRETTE.

La bulbocapnine dans le traitement des troubles du comportement tels qu'on les observe dans l'encéphalite épidémique chronique (Bulbocapnine in the Treatment of Behavior Disorders such as occur in Chronic Epidemic Encephalitis), par R. L. JENKINS. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXXIV, n° 5, p. 507-520, novembre 1936.

Chez 9 adolescents atteints d'agitation, d'impulsions, d'excitation, de troubles du caractère post-encéphaliques, l'auteur a administré 0 gr. 1 à 0,2 de bulbocapnine plusieurs fois par jour de manière à provoquer à chaque administration les effets caractéristiques d'oppression et de striction. L'enquête auprès des parents et des professeurs indique qu'aucune modification appréciable et durable n'a été observée au cours des différentes phases de la vie quotidienne chez les jeunes sujets en expérience.

P. CARRETTE.

Essai de traitement opothérapique de la fièvre typhoïde (Cinq observations de malades traités par la méthode de Bayle modifiée), par MAURICE WAHL. *Le Monde médical*, n° 890, p. 1002-1008, 1^{er} novembre 1936.

C'est sur le terrain biologique que doit être cherché le mécanisme de défaillance organique dans la fièvre typhoïde et les possibilités de lutte contre la maladie. Bayle injectait des extraits spléniques et surrénaux. M. Wahl ajoute l'extrait hépatique. Cette association opothérapique raccourcirait la durée des typhoïdes et faciliterait une convalescence précoce.

P. CARRETTE.

La vitamine B dans le traitement des polynévrites et spécialement de la polynévrite alcoolique, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse médicale*, n° 22, p. 417-419, 17 mars 1937.

Dans la vitamine contenue dans la eutieule du riz on a isolé une vitamine B₁ plus particulièrement antinévritique. On sait que l'alcool ne suffit pas à produire une polynévrite. Il faut que l'intoxication qu'il provoque trouve un terrain favorable : altération des muqueuses, insuffisance hépatique, troubles du métabolisme hydro-carboné. M. Pagniez rappelle qu'on a attribué à la vitamine B₁ un rôle important dans la transformation de deux substances ternaires : les acides lactique et pyruvique.

P. CARRETTE.

La strychnine comme traitement spécifique de l'alcoolisme (La estricnina como terapeutica específica del alcoholismo), par Conrado O. FERRER. *Boletín del Asilo de Alienados en Oliva*, n° 13, p. 194-199, septembre 1936.

La strychnine, en injections à doses répétées et progressives, est le médicament essentiel de toute thérapeutique des accidents éthyliques. M. Ferrer considère que son action spécifique en fait un véritable test dans les cas de troubles nerveux à diagnostic difficile, dans les états délirants comme dans les comas ou les pneumonies d'origine alcoolique possible.

P. CARRETTE.

Au sujet du traitement du delirium tremens, par Ph. PAGNIEZ. *La Presse médicale*, n° 105, p. 2121, 30 décembre 1936.

Le traitement par la strychnine est mis en parallèle avec la cure de Cline et Coleman (ponction lombaire, dextrose, sulfate de magnésie et paral-déhyde) et celle de Goude et Girard (extrait hépatique, somnifène, huile camphrée).

P. CARRETTE.

La migraine et son traitement physiopathologique, par Th. ALAJOUANINE et R. THUREL. *Le Monde médical*, n° 893, p. 1-6, 1^{er} janvier 1937.

Malgré sa complexité étiologique, la migraine répond à un trouble physiopathologique précis dont l'analyse peut constituer une base utile aux suggestions thérapeutiques. La migraine comporte deux phases. L'une, prémonitoire, de vaso-constriction corticale superficielle, l'autre de vaso-dilatation de la circulation cortico-méningée. C'est en s'attaquant au trouble initial que l'on peut espérer juguler l'ensemble des manifestations. MM. Alajouanine et Thurel préconisent à cet effet la sympathicothérapie locale par destruction du ganglion sphéno-palatin à l'aide de phénique.

P. CARRETTE.

Les crampes dites professionnelles et leur traitement par les solanées, par J.-A. CHAVANY. *Le Bulletin médical*, n° 8, p. 125-127, 20 février 1937.

La crampe des écrivains est en réalité un spasme plus ou moins combiné et complété par des contractures, des parésies ou du tremblement. On ne sait trop pourquoi M. Chavany en fait une modalité des « psychoses d'énervement ». Le traitement par le gardénal ne doit pas être négligé mais la

cure par les dérivés des solanées donnerait généralement de meilleurs résultats : le bromhydrate de scopolamine, l'hyoscyamine et le datura, sont d'abord administrés, puis en cas d'échec la solution d'atropine à 1 pour 200 à doses progressives.

P. CARRETTE.

Quelques réflexions sur les touches nasales, par MALFILATRE. *L'Aliéniste français* ; 17^e année, n° 10, p. 485-487, décembre 1936.

La sympathicothérapie ne mérite ni l'excès d'honneur, ni l'indignité dont on l'a créditée. Elle aurait permis à M. Malfilatre d'apporter à des déprimés, à des algiques, à des hypertendus, un soulagement très net. C'est surtout une question de technique, d'expérience. Grâce à une longue pratique on apprécie exactement les effets favorables et on évite les réflexes intempestifs.

P. CARRETTE.

La physiothérapie de la poliomyélite, par DUHEM. *Le Progrès médical*, n° 18, p. 673-633, 1^{er} mai 1937.

Il y a des méthodes en progrès constants pour lesquelles il faut de temps à autre faire le point, surtout quand il s'agit de juger les résultats obtenus par la physiothérapie d'une affection aussi capricieuse, aussi décevante que la poliomyélite, exigeant des cures répétées, reprises même à la période de paralysie confirmée. La phase fébrile, celle du sérum, ayant cessé, M. Duhem préconise la radiothérapie des centres nerveux. Il n'est pas très partisan de l'ionisation iodurée et signale la galvanisation de la moelle comme un procédé périmé. Par contre, il applique avec persévérance les bains locaux chauds et prolongés contre les troubles tropho-vasculaires. La rééducation, la mécano-thérapie, la diathermie sont employés contre les troubles moteurs. A ces moyens s'ajoutent les rayons infra-rouges et l'air chaud destinés à calmer la douleur.

P. CARRETTE.

Une thérapeutique rajeunie. Le venin d'abeilles contre les algies rebelles et les rhumatismes chroniques, par Jean LHERMITTE. *Le Progrès médical*, n° 16, p. 601, 17 avril 1937.

Le venin d'abeilles purifié et désalbuminé est utilisé en injections sous-cutanées dans la région la plus proche possible de la localisation douloureuse et renouvelé à doses d'autant plus fortes que la réaction locale a été tout d'abord plus faible et plus brève. Après une série de six injections, les névralgies et les douleurs rhumatismales ont cédé dans la majorité des cas. Les malades habitués aux opiacés sont plus résistants. Les névropathes algophobes paraissent absolument rebelles aux effets de l'apicothérapie.

P. CARRETTE.

Essai de traitement chirurgical d'un syndrome latéral du bulbe d'origine vasculaire (syndrome de Wallenberg) chez un angineux, par René LERICHE et APPEL. *La Presse médicale*, n° 105, p. 2113-2114, 30 décembre 1936.

Le fait que les signes de déficit ont pu être corrigés après stéllectomie et section des racines du nerf vertébral montre qu'il ne faut pas se hâter de

considérer comme définitif le symptôme apparemment lié à une oblitération vasculaire cérébrale. Les interventions chirurgicales tendant à supprimer l'innervation vaso-constrictive pourraient être étendues avec profit à des cas bien déterminés d'ictus aploplectiques et de syndromes encéphaliti-ques d'origine vasculaire.

P. CARRETTE.

La décompression cérébelleuse et le drainage du lac ponto-cérébelleux. Traitement du vertige et des arachnoïdites, par Henri ABOULKER. *La Presse médicale*, n° 23, p. 448, 20 mars 1937.

L'intervention préconisée par l'auteur évite les manipulations du cerveau et la section de l'auditif. Elle lui a donné, dans des syndromes vertigineux graves avec infection, des guérisons rapides par extension de la trépanation mastoïdienne en profondeur jusqu'à la dure-mère pour aboutir à l'ouverture du confluent de la base.

P. CARRETTE.

Etat actuel du traitement chirurgical de l'asthme et de l'angine de poitrine par les opérations sympathiques et thyroïdiennes, par Henri GODARD. *Le Monde médical*, n° 891, p. 1038-1044, 15 novembre 1936.

La stellectomie, associée ou non à la vagotomie droite sous-récurrentielle, est actuellement employée avec succès dans des formes sévères et rebelles d'asthme et dans l'angine de poitrine.

Des recherches nouvelles s'attachent à corriger l'insuffisance cardiaque observée dans ces affections en réduisant les besoins circulatoires. D'où l'application de la thyroïdectomie à l'angine de poitrine. La même intervention ne pourrait-elle être envisagée pour certains asthmes d'origine toxique ?

P. CARRETTE.

Un nouveau traitement de l'impuissance virile fonctionnelle par la sympathicectomie lombaire inférieure, par Nicola PENDE. *La Presse médicale*, n° 8, p. 147, 27 janvier 1937.

L'orthosympathique lombaire, irrité chez les névropathes, est considéré comme inhibiteur de l'érection. Sa section est effectuée avec succès par M. Pende. Il porte son intervention par voie transpéritonéale au niveau des rami communicantes des 4^e et 5^e lombaires.

P. CARRETTE.

Les indications de la psychothérapie, par P. HARTENBERG. *La Presse médicale*, n° 8, p. 147-148, 27 janvier 1937.

M. Hartenberg pose les principes de la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée couramment en clientèle dans les psycho-névroses, dans les affections du système nerveux et à propos des maladies générales. La suggestion médicale doit s'appuyer sur des essais thérapeutiques logiques. Elle s'exerce en vain si la cure matérielle ne l'accompagne pas, mais inversement la réaction émotive du patient vis-à-vis de cette cure doit toujours être utilisée par le médecin. Dans les psychoses, la psychothérapie est d'une application beaucoup plus délicate et relève du spécialiste.

P. CARRETTE.

Les diverses formes de psychothérapie, par P. HARTENBERG. *La Presse médicale*, n° 14, p. 252-254, 17 février 1937.

Comme la physiothérapie, la psychothérapie use de méthodes variées qui font appel aux ressources multiples de l'esprit. Il n'est pas inutile de le rappeler puisque leur mise en œuvre aura une influence capitale sur l'évolution de la psychothérapie. Les variétés de suggestion pour être efficaces doivent être guidées. Elles s'exercent dans la forme psychologique pure et directe d'une part, et d'autre part avec l'appui d'un traitement physique, c'est ce qu'on pourrait appeler la « psychothérapie armée », M. Hartenberg nomme cette attitude médicale une « suggestion matérialisée ». Elle s'appuie sur une médication, cachets, injections, sur des séances d'électricité, le torpillage. Quant à la psychanalyse, elle ne constitue qu'une faible ressource utile chez quelques obsédés. M. Hartenberg n'en accepte pas les principes. Pour lui, ce ne sont pas les complexes sexuels refoulés qui font les névroses ; le fait d'admettre une étiologie fixe, tirée de l'inconscient, conduit à des déductions futiles et arbitraires, parfois scabreuses, et si elle se révèle exacte, elle ne guérit pas le malade ; elle le déprime et annonce parfois l'aggravation des troubles.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés, par Jean MANS. *L'Aliéniste français*, nos 2 et 3, p. 115-126 et 143-155, février et mars 1937.

A l'asile de Leyme, M. Mans a développé le travail des malades. Il a amélioré sérieusement le rendement de l'établissement médico-agricole, dont il a la direction. Après s'être documenté aux sources, il a établi une statistique du travail dans les Asiles français et comme conclusion à son enquête il propose de poursuivre la réglementation de la thérapeutique par le travail, d'en améliorer le rendement, de réviser l'évaluation du pécule, d'organiser l'assistance après la sortie et de rendre effective l'action des sociétés de patronage ; enfin d'éduquer le personnel infirmier en vue de l'utilisation rationnelle des aptitudes professionnelles des malades ayant un métier et des apprentis.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Existe-t-il un traitement du déséquilibre mental à réactions antisociales ? par Louis Vervaeck (*Revue de Droit pénal et de Criminologie*. 17^e année, n° 4. Avril 1937).

Alors que les prisons comptent 40 à 50 0/0 de récidivistes, le nombre d'anormaux que l'on a dû réintégrer en Belgique, de 1931 à fin 1935, dans les établissements de défense sociale est de 256 sur 1.072 qui avaient été libérés à l'essai, soit une proportion de 23 0/0. La nouvelle loi de défense sociale a donc permis un réel progrès dans la lutte contre la délinquance des anormaux.

Pour influencer favorablement les tares mentales et caractérielles des déséquilibrés, il faut s'efforcer, à l'établissement de défense sociale, de leur inculquer le goût du travail et de la vie paisible, de préférence à la

campagne ; on doit leur faire prendre de bonnes habitudes, de sobriété notamment, et surtout leur enseigner à discipliner leurs instincts et leurs passions.

Il existe donc un traitement du déséquilibre mental à réactions anti-sociales ; il consiste surtout à préparer la réadaptation de l'anormal à une vie régulière et laborieuse ; ce traitement n'est pas essentiellement d'ordre médical ou psychiatrique, il doit s'appuyer sur des disciplines morales et pédagogiques. Pour réussir, la cure doit être prolongée et se baser sur une connaissance approfondie du sujet. Enfin il faudra s'efforcer de lui trouver un milieu honnête et paisible, et de lui assurer du travail rémunérateur, une bonne tutelle morale et un contrôle psychiatrique régulier, grâce à un service social bien organisé.

LAUZIER.

Les problèmes discutables de psychiatrie médico-légale, par Louis Vervaeck. (*Giustizia penale*, Anno XLIII, 1937, fasc. IV).

Si l'aliénation mentale et la lourde débilité psychique doivent nécessairement entraîner l'irresponsabilité pénale, il n'en est plus de même pour les formes plus nuancées et d'interprétation souvent délicate du déséquilibre mental.

Après avoir rappelé les études de Magnan, Dupré, Claude et Rogues de Fursac, l'auteur subdivise le groupe des déséquilibrés en deux catégories distinctes : l'une celle des psychopathes constitutionnels sans troubles mentaux évolutifs, l'autre celle des intoxiqués et névrosés exposés, sous l'influence de leur état morbide, à des crises passagères d'obnubilation intellectuelle ou de suspension des fonctions d'inhibition.

Mais M. Vervaeck estime qu'un homme, normal au point de vue mental, peut commettre des délits morbides qui s'imposent à lui impérieusement, sinon irrésistiblement, du moins sans qu'il ait le temps de se ressaisir, d'apprécier la valeur des mobiles qui le provoquent, de soupeser les conséquences de son acte, d'en comprendre la gravité morale. Tous ces déséquilibrés occasionnels ont pour caractéristique commune — l'émotion dissipée, la passion apaisée, la colère extériorisée, la réaction criminelle soudeine, impulsive et brutale étant accomplie — de revenir à un état mental sensiblement normal, de reprendre conscience de la gravité de leur acte, la possession de leur libre arbitre. Cette situation mentale exceptionnelle peut, dans les cas bien caractérisés, justifier l'irresponsabilité pénale. Il reste à envisager quelle est la mesure d'internement ou de traitement à imposer comme sanction à des actes criminels ou délictueux commis par des inculpés passagèrement atteints de déséquilibre mental et qui seront, en règle générale, revenus à leur état normal ou habituel au moment de la décision judiciaire à intervenir. M. Vervaeck estime qu'en l'absence d'une mesure de répression pénale, tout crime ou délit grave commis dans des conditions pathologiques doit toujours faire l'objet d'une sanction de caractère thérapeutique. Même si le criminel est ou paraît guéri, qu'il soit toxicomane, névrosé, déséquilibré affectif, il reste en puissance de réactions morbides analogues ; dès lors, il est indiqué au point de vue médical, juste au point de vue pénal, nécessaire au point de vue social, qu'une sanction lui soit imposée, sous la forme d'un traitement psychothérapique capable de prévenir le retour de tels actes dangereux. Pour l'auteur, cette sanction doit être

l'internement de l'anormal à réactions criminelles dans un établissement psychiatrique de défense sociale tel que l'Etat en a organisé en Belgique ; le directeur général du service d'anthropologie estime enfin que cette institution de traitement doit être dans le cadre pénitentiaire. LAUZIER.

Le problème de l'assistance médico-sociale des aliénés délinquants et des délinquants aliénés, par CUVILLOS (*Revista de Ciencias penales*, 3^e année, n^{os} 12-13, Avril 1937).

Il est maintenant universellement reconnu que les aliénés délinquants et les délinquants aliénés sont des malades et que leur assistance médicale ne peut se faire que dans des hôpitaux psychiatriques. Ceux-ci peuvent, suivant les circonstances, se classer en trois systèmes : 1^o l'installation d'un établissement autonome, entièrement isolé. C'est ainsi qu'il existe en Angleterre le The Broadmoor Criminal Lunatic Asylum, en Amérique du Nord le Matteawan State Hospital y el Dannemore Hospital por insane convicts, et en Italie trois manicomies judiciaires à Reggio Emilia, Aversa et Montelupo Fiorentino ; 2^o la construction d'annexes psychiatriques adjointes aux établissements pénitentiaires, comme en Belgique et dans quelques Etats d'Allemagne ; 3^o la création d'annexes ou de pavillons spécialisés de sûreté dans les asiles ordinaires. Ce système est adopté en France, en Argentine, au Brésil, en particulier au Manicomio judiciario de l'hôpital des psychopathes de Juqueri. L'auteur estime qu'il est nécessaire de créer au Chili un hôpital psychiatrique de sûreté annexé à la prison modèle actuellement en construction. LAUZIER.

Législation argentine. Projet de décret relatif au contrôle des stupéfiants, (Legislacion argentina. Proyecto de decreto sobre contralor de estupefacentes). *Revista de Psiquiatria y Criminologia*. Buenos-Ayres. Juillet-août 1937, n^o 10, p. 491.

Troisième étape de la lutte contre les stupéfiants en Argentine. La première fut la création de la Section de Contrôle des Stupéfiants au Département National d'Hygiène (11 juillet 1936) ; la seconde, l'adhésion de l'Argentine aux Conventions Internationales de l'Opium (10 août 1936).

A noter parmi les particularités intéressantes que comporte le projet en question : inscription au tableau des stupéfiants de la codéine, de ses sels et de ses dérivés, tels que Dihydroxycodéine (Eucodal), Dihydrocodéine (Diconid), Acétylhydrocodéine (Acedicon) ; contrôle rigoureux du Département National d'Hygiène sur la production, le commerce intérieur, l'importation et l'exportation des substances visées ; évaluation avant le 1^{er} juin de chaque année, par le Département National d'Hygiène, des quantités de substances qualifiées « stupéfiants », qui paraissent devoir être nécessaires pour le pays pendant l'année suivante, compte tenu des besoins médicaux, du marché intérieur et des quantités nécessaires à l'exportation et au maintien à un niveau convenable de l'approvisionnement du pays ; concentration de tout le commerce extérieur (importation, exportation et réexportation) dans le port de la Capitale Fédérale.

En ce qui concerne la pratique médicale : ordonnances spéciales, dites officielles, rédigées en double exemplaire, dont l'un est envoyé par le pharmacien qui exécute l'ordonnance au Département National d'Hygiène, por-

tant le nom et l'adresse du médecin et du malade et les doses prescrites. — Ces ordonnances ne sont pas renouvelables. Elles ne peuvent être rédigées pour une période supérieure à 10 jours. Dans ces conditions exceptionnelles (néoplasies, traitement de toxicomanes, etc...), le médecin peut, après autorisation du Département National d'Hygiène, prescrire des super-doses. Dans les cas urgents, où l'autorisation ne pourrait être obtenue en temps voulu (par exemple jours fériés), le médecin peut prescrire des super-doses, en accompagnant son ordonnance d'un exposé des motifs déterminant l'urgence. L'ordonnance et l'exposé des motifs sont envoyés dans les quarante-huit heures par le pharmacien qui a exécuté l'ordonnance au Département National d'Hygiène pour visa et vérification éventuelle.

Pour un certain nombre de préparations où la dose de stupéfiant ne dépasse pas une quantité déterminée (0,10 cgr. par exemple, quand il s'agit de préparations solides), l'opium brut ou médicinal, la codéine, l'éthylmorphine et leurs sels peuvent être délivrés sur ordonnance ordinaire. Il en est de même pour les préparations de chanvre indien (sans mention de dose minima).

J. ROGUES DE FURSAG.

Le meurtre de Pakur (the Pakur murder) par D. P. LAMBERT M. D., D. T. M. et H., CAPTAIN J. M. S. *The Medico-Legal and Criminological Review*. Vol. V. Fasc. III. Juillet 1937, p. 294.

Il s'agit d'un crime bactériologique, commis à Pakur, Indes Anglaises, en novembre 1933. Deux frères ennemis : Benoyendra Chandra Pandey et Amarendra Pandey. Questions d'intérêt. En octobre 1932, Amarendra avait été atteint de tétanos à la suite d'une blessure de la face qui lui avait été faite par Benoyendra. Il guérit grâce à des injections de sérum antitétanique. A noter qu'un médecin, ami du frère, le Dr Taranath — dont il sera question plus loin — avait déconseillé l'emploi du sérum et voulait traiter le malade exclusivement par la morphine. Les hostilités continuèrent, entre les deux frères, sous la forme processive. Le 26 novembre 1933, Amarendra, accompagné de quelques parents, se rend à la gare de Calcutta, où le groupe doit prendre le train. Dans la gare même, Amarendra est bousculé par un individu. Il s'écrie : « On m'a piqué ». Il relève sa manche et, effectivement, montre aux personnes présentes, à son bras, la trace d'une piqûre. Le groupe néanmoins monte en wagon et le train part. Mais, au cours du voyage, Amarendra, préoccupé de l'incident, s'arrête et revient à Calcutta. Un médecin, appelé le 29 novembre, constate, à l'endroit que lui montre Amarendra, « quelque chose comme la trace d'une injection hypodermique ». Le 30 novembre, fièvre, douleur dans l'aisselle, légère tache inflammatoire au niveau de la piqûre. On prélève du sang pour une hémoculture. Le 1^{er} décembre, grosse adénite axillaire, signes d'inflammation pulmonaire. Le 3 décembre, décès qui est attribué à une pneumonie. Conformément aux rites religieux indous, le corps est incinéré. Cependant, l'hémoculture décèle des bacilles de la peste. Or, il n'y avait, à cette époque, à Calcutta, aucune épidémie de peste. La justice est saisie. L'enquête réunit contre Benoyendra et le Dr Taranath des charges accablantes, établissant notamment que ce dernier s'est efforcé par tous les moyens possibles, avec l'aide de Benoyendra, et sans raison valable, de se procurer des cultures de bacilles pesteux. Après plusieurs échecs, les laboratoires auxquels il s'adressait refusant de lui

délivrer la culture demandée, il avait fini par se faire agréer dans un Hôpital de Bombay « Arthur Road Hospital », alléguant qu'il avait découvert un nouveau traitement de la peste et qu'il désirait en faire l'essai sur des cultures. Des cultures de bacilles pesteux furent mises à sa disposition. Après avoir fait quelques expériences — où il fut remarqué qu'il n'employait aucun médicament ni rien qui parut se rapporter à un traitement — il avait quitté subitement l'établissement. — L'affaire vint devant le jury. Après d'après discussions entre l'accusation et la défense, Benoyendra et Taranath furent condamnés à mort. Le 10 janvier 1936, la Cour Suprême de Calcutta commua la peine de mort en celle de la déportation à vie.

J. ROGUES DE FURSAC.

Etude sur la constitution du délinquant équatorien (Estudio constitucional en el delinquente ecuatoriano), par le Dr Jose Cruz, médecin anthropologiste de l'Institut de criminologie de Quito. *Archivos de Criminologia neuro-psiquiatria y disciplinas conexas*. Vol. 1, n° 5 et 6, mai-juin 1937. Quito (Equateur).

Etude statistique portant sur 427 détenus. Les types prédominants sont les types leptosomatiques et athlétiques de Krestchmer, surtout chez les auteurs d'infractions contre les personnes (homicides). Le type athlétique prédomine chez les auteurs de viols, le type picnie chez les auteurs d'attentats contre la propriété. Au point de vue ethnique, les métis sont particulièrement nombreux. Viennent ensuite les blancs, les indiens et en dernier lieu les nègres. Les leptosomatiques prédominent dans la race blanche, les athlétiques dans les races métis et nègre, les picnies dans la race indienne. Les moyennes de poids et de taille sont assez réduites, comparées à celles des Européens et des Américains en général (l'auteur se réserve de reprendre cette question). L'étude de l'indice de Pignet a donné comme moyenne : 20 pour le type leptosomatique, 9 pour le type athlétique et 2 pour le type picnie, chiffres voisins de ceux obtenus par Rhoden.

J. ROGUES DE FURSAC.

Appréciation psychiatrique de deux cas d'infanticide (Zwei Fälle von Kindstötung in psychiatrischer Beurteilung), par M. PFISTER-AMMENDE. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, XXXIX, 2, 1937.

Deux hommes, qui diffèrent complètement en ce qui concerne leur constitution psychique, commettent le même crime, un infanticide, en obéissant à des mobiles semblables et en agissant dans des circonstances absolument analogues. L'un est un psychopathe timide, peu intelligent, infantile, manquant d'indépendance, incapable de vaincre le moindre conflit affectif, l'autre est un sujet au développement intellectuel très poussé, mais brutal, dominateur, ignorant les conflits intérieurs. Les causes psychologiques vraies du crime nous sont en réalité encore inconnues.

E. BAUER.

Poisons exotiques (Exotic poisons). *The Médico-Legal and Criminological Review*, vol. VI, fasc. 1, Janvier 1938, p. 8.

Analyse d'un rapport présenté par M. S. Rajugopal Naidu, expert toxicologue du Gouvernement de Madras. Les empoisonnements par substances végétales tendent, de plus en plus, depuis une trentaine d'années, à prédomi-

ner aux Indes sur les empoisonnements par toxiques minéraux. Le jus de nudar, extrait du *Calotropis gigantea*, est devenu dans ces toutes dernières années presque un poison populaire. Pour un seul cas où il a été mis en évidence médico-légalement en 1930, on a compté 5 cas en 1935 et 14 en 1936. Mais le poison le plus en faveur est encore l'oleander jaune dont le principe actif est la thévenine. L'empoisonnement par cette substance se manifeste par des vomissements, de la paralysie, de l'asphyxie et se termine souvent par la mort. A noter encore le datura (principe actif l'aconitine), fréquemment employé dans un but de vol, pour endormir la victime et la rendre inconsciente ; l'intoxication aboutit dans bien des cas à la mort.

J. ROGUES DE FURSAC.

L'oligophrénie envisagée comme facteur criminologique dans la délinquance infantile, par M^{me} S. ROSENBLUM. *Rocznik Psychjatriczny*, fasc. 31, 1938.

L'arriération mentale est un facteur indiscutable de la criminalité infantile, mais son rôle n'est pas décisif. Quant à la part de l'oligophrénie chez les enfants criminels, on ne peut avoir des données certaines qu'à la condition de tenir compte de tous les facteurs du développement psychique et intellectuel. Les examens faits dans les écoles spéciales pour arriérés démontrent l'influence positive de l'enseignement approprié. L'auteur souligne la nécessité de la sélection précoce des enfants arriérés, de leur instruction dans les écoles spéciales et d'une surveillance attentive de ces sujets. C'est parmi les enfants qui ne sont pas des arriérés mentaux dans le sens strict du mot, mais qui présentent une certaine lourdeur mentale que se recrute l'immense majorité des mineurs délinquants.

FRIBOURG-BLANC.

Les oligophrènes et le Service militaire, par A. MALINOWSKI. *Rocznik Psychjatriczny*, fasc. 31, 1938.

L'auteur souligne la fréquence des oligophrènes sous les drapeaux et les inconvénients qui résultent de leur incorporation pour l'armée. Le diagnostic de l'oligophrénie peut être posé en dehors de l'examen médical en se basant sur les témoignages des chefs et des camarades, les punitions encourues et les renseignements des autorités locales du pays d'origine du soldat.

FRIBOURG-BLANC.

La valeur des obsessions-impulsions en médecine légale psychiatrique, par P. CHAVIGNY. *Archives de Neurologie*, n° 2, 1937.

L'existence de la sincérité de cas de cet ordre, notamment dans le domaine sexuel, est indéniable ainsi que le prouvent les observations de l'auteur. Et cependant ces malades ne sont pas tous justiciables de l'internement. Les laisser sans secours n'est pas davantage recommandable. L'auteur propose qu'on les confie à des sortes de tuteurs psychiques, des confesseurs laïcs, en raison de l'inefficacité des condamnations ou de l'action de leur confesseur religieux.

M. LECONTE.

Délire chez un testateur (A testators delusion) *The Medico-Legal and Criminological Review*, Janvier 1938, p. 13.

Psychopathe hypocondriaque, paranoïaque et asthmatique qui, par testament, rédigé en 1926, après avoir stipulé différents legs à des parents, à un ami et à un domestique, avait laissé sa fortune — laquelle était considérable — aux Œuvres de Charité anglaises (to English charities). Il introduisit dans ce testament, par la suite, plusieurs codicilles. Dans le dernier, à la suite de démêlés délirants avec le London County Council, « il ordonna de rayer le mot « England » et de le remplacer par « United States of America ». Après son décès, l'affaire fut portée devant la justice par certains membres de sa famille, ses héritiers naturels. Le magistrat qui eut à en connaître décida qu'il n'y avait pas lieu de tenir compte d'une modification inspirée par des mobiles d'ordre pathologique et que les Œuvres de Charité anglaises restaient légitimes bénéficiaires du testament. Les autres dispositions (legs ci-dessus mentionnés) furent considérées comme valables.

J. ROGUES DE FURSAC.

Les troubles nerveux et mentaux consécutifs aux traumatismes crâniocérébraux, par G. DE MORSIER (Genève). *Revue Médicale de la Suisse Romande*, n° 13, 25 novembre 1936.

L'étude du Dr de Morsier, dont l'intérêt a été souligné par la discussion qui suivit sa communication à la Société Médicale de la Suisse Romande, constitue une véritable diatribe contre la facilité avec laquelle certains médecins concluent à la sinistrose et veut être une réhabilitation du traumatisé du crâne, trop facilement soupçonné de simulation ou taxé de revendeur.

Après l'histoire de cette notion néfaste de sinistrose et avoir montré par des cas pris dans la littérature et des cas personnels, l'usage abusif qu'on en a fait, l'auteur présente une étude générale de la sémiologie des traumatismes crâniocérébraux. Il existe, dans chaque catégorie de troubles, des symptômes objectifs qui permettent de se prononcer. Pour la mémoire notamment, la méthode de Rey, analogue à celle des labyrinthes de la psychologie animale, permet d'apprécier objectivement et quantitativement les troubles mnésiques du malade. L'auteur termine par des considérations évolutives, pathogéniques et thérapeutiques.

M. LECONTE.

Névrose traumatique, simulation inconsciente et camptocormie (Neurosis traumatica, simulacion incensciente y camptocornia), accident du travail, par les Drs ANGIEL, A. MASCIOTTA et Nicolas LETTIERI. *Revista di Psiquiatria y Criminologia*. Buenos-Ayres. 2^e année, n° 9, mai-juin 1937.

Ouvrier des Ateliers du Chemin de fer Buenos-Ayres-Pacifique, heurté par une barre de fer au côté gauche, à la racine de la cuisse. Accuse, aussitôt après, une violente douleur à la partie moyenne de la région fessière gauche et à la région lombo-sacrée. Traumatisme jugé sans importance à un examen médical pratiqué le soir même de l'accident. Par la suite, le blessé se plaint de douleurs violentes dans le membre inférieur gauche, pour lesquelles on porte d'abord le diagnostic de sciatique rhumatismale. Plus tard, on songe à

la syphilis et on institue un traitement spécifique, sans résultat. A l'examen des experts, plus de deux ans après l'accident, on constate : claudication à droite ; plicature du tronc à droite, déterminant une courbure à convexité gauche, attitude adoptée par le blessé pour atténuer les douleurs qu'il accuse aux points suivants : région fessière moyenne et articulation sacro-iliaque du côté gauche ; région externe et supérieure de la cuisse gauche ; articulation coxo-fémorale du même côté à l'occasion des mouvements du membre inférieur correspondant ; douleur moins vive dans l'ensemble de la cuisse et le long de la jambe gauche ; hémianesthésie brachiale gauche ; hypoesthésie générale du membre inférieur gauche ; degré appréciable d'impotence fonctionnelle du membre inférieur gauche, sans troubles trophiques ni proprement paralytiques, « car tous les mouvements du membre peuvent être exécutés et il n'existe qu'une légère diminution du tonus musculaire ». Au point de vue mental, un seul fait (mais qui domine la situation) : une constitution émotive. Examens radiographiques, électro-diagnostic, examens du liquide céphalo-rachidien, du sang et de l'urine : tout négatif.

Diagnostic des experts : névrose traumatique qui revêt la forme d'hystéromeurasthénie. Les experts excluent la simulation consciente en se fondant sur les trois arguments suivants : 1° le sujet s'est soumis pendant plus d'une année, avec la meilleure volonté, à tous les examens qui lui ont été proposés, jusques et y compris une observation de 15 jours dans un service hospitalier ; 2° à la question qu'un des experts lui a posée à brûle-pourpoint : accepterait-il une intervention chirurgicale à la jambe gauche ? il a répondu sans hésiter qu'il accepterait d'être opéré, même sans anesthésie, « pour guérir et redevenir un homme utile » ; 3° il perd, s'il est considéré comme invalide, sa situation au Chemin de fer Buenos-Ayres-Pacifique (salaire élevé, 15 ans d'ancienneté, retraite à un âge relativement jeune).

Conclusion des experts : incapacité permanente totale. Pour ce qui est de la permanence, il convient de noter qu'elle est de droit, la loi argentine sur les accidents du travail stipulant que, au bout d'un an à dater du jour de l'accident, si l'accidenté n'a pu reprendre son travail, l'incapacité doit être considérée comme permanente. A noter que la même loi ne prévoit pas de révision — ce que les auteurs déplorent.

J. ROGUES DE FURSAC.

Intoxications alimentaires (Food poisoning), par Julius BURNFORD. *The Medico-Legal and Criminological Review*. Vol. VI, fasc. 1. janvier 1938, p. 45.

Intéressant pour la psychiatrie est le chapitre de ce travail consacré aux intoxications alimentaires psychologiques (psychological food poisoning), c'est-à-dire aux cas où une anomalie de l'aliment — le plus souvent la présence d'un corps étranger, tel que mouche, limace, fragment de verre, épinglé — détermine chez le consommateur un soi-disant choc émotionnel, dont les conséquences sont jugées plus ou moins sérieuses et pour lesquelles il demande des dommages-intérêts. L'auteur se déclare sceptique sur les cas de cet ordre. Beaucoup d'entre eux, dit-il, relèvent purement et simplement de la supercherie, tel le suivant : un consommateur prétendit avoir trouvé une queue de rat dans un pâté ; or, l'examen démontra que le pâté et la queue de rat n'avaient pas pu être cuits ensemble. Autre exemple : un individu prétendit par deux fois avoir avalé des épingles avec des aliments qu'on

lui avait servi et chaque fois obtint des dommages-intérêts. Dans les deux cas, plusieurs radiographies, faites à de certains intervalles de temps, avaient démontré la présence d'épingles qui paraissaient cheminer dans le tube digestif. Il fut démontré plus tard que l'intéressé, avant de se soumettre à l'examen radiographique, s'appliquait des épingles dans le dos, chaque fois en des endroits différents, de façon à faire croire au déplacement du soi-disant corps étranger. Le radiologue, trop confiant, s'était toujours contenté de faire ses radios de face.

Même quand il n'y a pas fraude matérielle, comme dans les cas précédents, l'auteur ne croit guère à la possibilité d'un shock émotionnel suffisant pour déterminer un état pathologique de quelque importance. « Une jeune fille, dit-il, trouve une limace dans sa salade (servie dans un restaurant) et la retire sans l'avoir portée à sa bouche. Cela lui donne-t-il le droit de demander des dommages-intérêts ? C'est un incident désagréable sans doute, mais ce n'est pas suffisant pour causer une maladie. Je me permets de penser que si la jeune personne avait trouvé la limace en préparant une salade, dans sa propre cuisine, elle l'eût tout simplement enlevée et elle eût servi la salade... » Et dans le cas où des troubles neuro-psychiques authentiques succéderaient à des faits de cet ordre, le D^r Julius Burnford pense qu'il y aurait lieu d'incriminer une constitution psychopathique préexistante, assimilable à une idiosyncrasie, et non le fait accidentel, dont les effets, sur un sujet non taré, ne pourraient être qu'insignifiants.

J. ROGUES DE FURSAC.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 9 juin 1938* à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté de Médecine.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 juin 1938*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance exclusivement réservée à des présentations. Cette séance aura lieu le *jeudi 21 juillet 1938*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nécrologie

M. le D^r BOURNIN, médecin-chef honoraire de l'Hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

M. le D^r PLAGNIEUX, ancien médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Sarreguemines (Moselle).

Nominations

M. le D^r MAGNANI est nommé Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Beauregard (Cher) ;

M. le D^r PORTIER est nommé Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise ;

Mlle le D^r JACOB est nommée Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise ;

Mlle le D^r DESCHAMPS est nommée Médecin-Chef à la Maison de Santé départementale de la Seine-Inférieure,

M. DESCHÈNES est nommé directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique départemental de Saint-Yllie (Jura) ;

M. DUPAS est nommé directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Prémontre (Aisne) ;

M. MAILLARD est nommé directeur administratif de l'Hôpital psychiatrique de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne).

Postes vacants

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Rodez (Aveyron) ;

le poste de Médecin-Directeur de la Maison Départementale de Santé d'Auxerre (Yonne) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique d'Alençon (Orne) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne) ;

un poste de médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont-de-l'Oise (poste créé).

Concours pour 15 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques

Ce concours s'est ouvert au Ministère de la Santé publique le lundi 25 avril 1938.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le D^r DEQUIDT, Inspecteur général des Services Administratifs.

Membres : M. le Professeur PERRENS ; MM. les Docteurs FAIL, HEUYER, HUGUES, LECLAICHE, LOGRE, VULLIEN, VURPAS, et M. LÉVÊQUE, Chef du 1^{er} Bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

M. CHASSAGNOT, Sous-Chef du 1^{er} Bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance, assurait les fonctions de secrétaire administratif du Concours.

QUESTIONS DONNÉES AU CONCOURS

1^o ADMINISTRATION : *Les principes directeurs de la loi de 1838 en ce qui concerne la protection de la personne des aliénés.*

Questions restées dans l'urne : Capacité civile des aliénés. — Etablissement du prix de journée dans un hôpital psychiatrique public.

2^o ANATOMIE et PHYSIOLOGIE : *Anatomie et Physiologie des Connexions cérébelleuses.*

Questions restées dans l'urne : Anatomie et physiologie des nerfs du cœur. — Anatomie et physiologie du lobe occipital.

3^o HYGIÈNE et PATHOLOGIE INTERNE : *Symptômes, diagnostic, traitement et prophylaxie de l'érysipèle de la face.*

Questions restées dans l'urne : Diagnostic et prophylaxie de la fièvre typhoïde dans un hôpital psychiatrique. — Installation et hygiène des quartiers de gâteux dans un hôpital psychiatrique.

4° PATHOLOGIE MENTALE : *Troubles mentaux de l'épilepsie.*

Questions restées dans l'urne : Le suicide pathologique. — Troubles mentaux de l'alcoolisme.

A la suite de ce Concours ont été désignés pour remplir les fonctions de *Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques* :

1. M. LECONTE, 2. M. SUTTER, 3. M. FRETET, 4. Mme LECONTE-LORSIGNOL, 5. M. GOLCE, 6. Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX, 7. M. SOULAIRAC, 8. M. COUDERC, 9. M. ROYER, 10. M. MATHEY, 11. M. BARDENAT, 12. M. MASSON, 13. M. RANCOULE, 14. M. ROUGEAN, 15. M. MAILLEFER, 16. M. EDERT, 17. M. BERGERON, 18. M. FAVERET, 19. Mme COULEON-CADERAS, 20. Mme MATHEY-GÉVAUDAN.

Cinq candidats nommés au Concours ayant déclaré ne pas désirer occuper un poste cette année, il a été proposé 20 nominations au lieu des 15 annoncées.

Concours pour 2 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine

A la suite d'un concours sur titres, MM. les D^{rs} TEULIÉ et MONTASSUT ont été désignés pour les deux postes vacants de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.

La commémoration du centenaire de la loi de 1838 sur les aliénés

C'est le 30 juin 1838, il y a cent ans, que fut votée la loi sur les aliénés qui donna enfin une base législative et rationnelle au régime des aliénés.

Pour commémorer ce centenaire, une cérémonie, organisée par les soins de l'Association amicale des médecins des établissements d'aliénés de France, et dont M. Marc RUCART, Ministre de la Santé Publique, a bien voulu accepter la *présidence*, a eu lieu à l'Asile-Cluique (Sainte-Anne), le 22 mai 1938, à 15 heures, dans la salle des fêtes de cet hôpital psychiatrique.

M. SEGUIN, Directeur des Affaires départementales, représentait M. le Préfet de la Seine. On notait en outre la présence de M. DAUSSET, président de la commission de surveillance des asiles, M. HAYE, directeur du personnel au ministère de la Santé publique, M. LEVESQUE, chef du bureau du service des aliénés et d'un grand nombre de médecins aliénistes de Paris et de province.

Le D^r DEMAY, président de l'Association amicale, remercia le ministre de sa venue et de sa sollicitude pour les aliénés, sollicitude qu'il a montrée récemment encore par sa circulaire du 13 octobre 1937 sur l'assistance psychiatrique.

M. Marc RUCART, après avoir rendu hommage à l'effort des médecins des hôpitaux psychiatriques, félicita les organisateurs d'avoir eu le courage de rendre à la loi de 1838 « si injustement calomniée » l'hommage auquel elle a droit. Certes, des modifications devront lui être apportées ; mais elles devront se limiter à quelques compléments relatifs à la prévention sociale, l'administration des biens, les sorties d'essai, le travail des malades et les cures libres, et elles ne devront être réalisées qu'avec une grande prudence.

Le D^r HAMEL, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maréville, chargé de cours à la Faculté de Médecine de Nancy, fit l'histoire de l'assistance aux aliénés au XVIII^e siècle, et celui de la préparation et du vote de la loi de 1838, rendant hommage aux services qu'elle a rendus.

Création d'établissements d'assistance psychiatrique

Le Conseil général du département de la *Vienne* a voté la construction à la Milleterie, commune de Mignaloux-Beauvoir, d'un *hôpital psychiatrique* de mille lits. Le projet envisage une dépense de 59 millions. Les travaux de construction doivent avoir lieu de 1938 à 1942.

Le Conseil général du département des *Vosges* a voté les crédits et un emprunt complémentaire de 20 millions pour l'achèvement de la construction de l'*hôpital psychiatrique* de Ravenel (Vosges).

Le Département de la *Creuse* a décidé la construction d'un *hôpital psychiatrique* dans la propriété de Clocher, offerte par la ville de Guéret.

Le Département de la *Corse* a décidé la construction à Bastia d'un *hôpital psychiatrique* qui permettra d'économiser les frais considérables actuellement occasionnés par le transport des aliénés sur le continent.

Le Conseil général du département du *Jura* a voté un crédit de 18.000 francs pour permettre au D^r DESRUELLES, Médecin-Chef du Service des femmes à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Ylie, l'organisation d'un *service d'insulinothérapie*.

Le Conseil général du département du *Lot* a voté la création à La Rouffie, commune de Gagnac, d'un *établissement médico-pédagogique* prévu pour environ 30 lits.

Le Conseil général du département de la *Seine-Inférieure* a décidé la création d'un poste d'*assistante sociale* à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Etienne-du-Rouvray.

Ces décisions récentes font bien augurer des progrès en voie de réalisation pour l'extension et la rénovation des Services d'assistance et de thérapeutique psychiatriques sous l'énergique impulsion du Ministère de la Santé publique.

MÉDECINE LÉGALE

Aliénation mentale et divorce

L'aliénation mentale n'est pas une cause de divorce — principe confirmé par un arrêt de la Cour d'appel d'Aix (1^{re} Ch.) du 3 juin 1936.

Toutefois, et dans des circonstances exceptionnelles, il est possible de tenir compte, sinon des faits antérieurs au mariage, mais de leur dissimulation par l'un des époux au moment de la célébration du mariage, lorsque ces faits sont de nature à entraîner des conséquences inévitables et gravement injurieuses pour l'autre époux au cours du mariage.

La demande en divorce du mari doit être repoussée s'il ne prouve pas et n'offre pas de prouver que s'il a ignoré les troubles mentaux dont, avant le mariage, sa femme a été atteinte, cette ignorance est due à une dissimulation imputable à sa fiancée et intervenue dans des circonstances telles qu'elles constituent une injure grave à son égard.

Le texte de l'arrêt — très développé — a été donné page 546 du *Recueil hebdomadaire Dalloz*, 1936.

L'accroissement de la criminologie infantile et du nombre des suicides en Angleterre

Les statistiques criminologiques de 1936 en Grande-Bretagne viennent d'être publiées. Elles permettent de constater un accroissement de la criminologie infantile et de la criminalité des malades mentaux, ainsi qu'une augmentation du nombre des suicides.

Les meurtriers de moins de 17 ans, pour une population de 100.000 personnes, ont été, en 1934, au nombre de 481. En 1936, il y en eut 597. Par contre, chez les sujets de 17 à 21 ans, la criminalité a diminué. Le nombre des meurtriers reste le même.

Sur 99 meurtriers identifiés par la police, 33 se suicidèrent ou tentèrent de le faire. Sur ces 99 meurtriers, 28 furent considérés comme malades mentaux à divers degrés : 11 furent considérés comme déments, 15 furent jugés selon la formule de la loi anglaise « coupables mais atteints mentalement », 2, après avoir été condamnés à mort, furent graciés parce qu'irresponsables.

Dans les statistiques de suicide, on a relevé, en 1936, 5.007 suicides contre 3.474 en 1911. Dans le même temps la police a constaté 3.080 tentatives vaines de suicide en 1936 contre 2.313 en 1911.

Pourtant, chez les hommes de moins de 55 ans, le suicide est moins fréquent en 1936 qu'en 1911 ; au delà de cet âge il est un peu plus élevé.

Par contre, les suicides féminins dans l'ensemble ont augmenté, exception faite pour les jeunes filles de 15 à 20 ans, chez lesquelles il est passé de 38 en 1911 à 18 en 1936 par million d'habitants.

Au delà de 65 ans le nombre des suicides a augmenté.

Le Siècle Médical, 15 mai 1938.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

Réunion commune de la Société de Biotypologie et de la Société française de Psychologie

Une séance extraordinaire de la *Société de Biotypologie* et de la *Société française de Biotypologie et de Psychologie*, aura lieu le lundi 30 mai, à 17 h. 30 précises, à la Sorbonne (Amphithéâtre Michelet).

Elle sera consacrée à une *conférence* du Professeur David KATZ (de Stockholm), qui exposera les résultats de ses recherches relatives au sujet suivant : *Psychologie générale et différences typologiques de la faim et de l'appétit*.

La conférence sera accompagnée de la présentation d'un film cinématographique.

Réunion neuro-psychiatrique en l'honneur du Dr Smith Ely Jelliffe

Une réunion neuro-psychiatrique a été tenue à l'*Académie de Médecine de New-York*, le 22 avril 1938, en l'honneur du Dr SMITH ELY JELLIFFE, Rédacteur en Chef du *Journal of Nervous and Mental Diseases*.

Cette réunion, où le discours d'ouverture fut prononcé par le Professeur Adolf MEYER, et au cours de laquelle des communications furent faites par les Drs EARL D. BOND, GEORGE DRAPER, FREDERICK TILNEY, OSKAR DIETHELM,

KARL MENNINGER, fut suivie d'un dîner qui eut lieu à l'Académie de Médecine de New-York en l'honneur du Dr SMITH ELY JELLIFFE.

Tous les amis de France du Dr SMITH ELY JELLIFFE et tous les psychiatres français s'associent à cet hommage rendu à sa science et à son dévouement.

V^e Réunion Européenne d'Hygiène mentale

La V^e Réunion Européenne d'Hygiène mentale se tiendra à Munich les 22 et 23 août 1938.

Au programme de cette réunion figurent les questions suivantes qui seront l'objet de rapports et de discussions :

Prophylaxie mentale et Mariage.

Prophylaxie des toxicomanies (alcoolisme, morphinomanie, opiomanie, cocaïnomanie, abus des hypnotiques).

La valeur de la thérapeutique par le travail dans le traitement des malades physiques et mentaux.

Il est prévu des réceptions officielles par le Gouvernement et par la ville de Munich.

Visites d'Etablissements. — Les 24 et 25 août, les participants seront invités à visiter les institutions psychiatriques, la Clinique psychiatrique, l'Institut allemand de recherches pour la psychiatrie, le Service central de Biologie criminelle de l'Asile Egling-Haar et sa section de cures insuliniques, l'Etablissement pour mineurs de Birkenfeld.

De nombreuses réunions médicales se tiendront en outre à Munich à la fin du mois d'août. Des excursions pourront être organisées en Haute-Bavière.

XI^e Congrès International d'Histoire de la Médecine

Le XI^e Congrès international d'Histoire de la Médecine se tiendra du 1^{er} au 12 septembre 1938, successivement à Zagreb, Belgrade, Sarajevo et Dubrovnik.

Les inscriptions sont reçues par le Dr Vladimir Bazala, à Zagreb (Yougoslavie), Vlaska Ulika 95/1.

Les langues admises au Congrès sont l'allemand, l'anglais, l'espagnol, le français, l'italien et le latin.



NÉCROLOGIE

M. le Professeur Georges MARINESCO (1864-1938), de l'Université de Bucarest, Membre associé étranger de l'Académie de Médecine, Membre associé étranger de la Société Médico-psychologique, Grand-Officier de la Légion d'Honneur.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 56.541

SOMMAIRE DU N° 1 (tome I), JANVIER 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

J. LIERMITTE. — Désordre de la fonction hypnique et hallucinations.....	1
M. MONNIER. — La technique actuelle du test psycho-diagnostique de Rorschach.....	15
H. DELGADO. — Traitement de la schizophrénie par le pentaméthylentétrazol (cardiazol).....	23

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité
du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc.
Il offre tout le confort moderne

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Liste des Présidents, Secrétaires généraux et Trésoriers de la Société Médico-psycho- logique (1852-1935)	42
Bureau pour 1938	44
Liste des membres	44

Séance du 13 janvier 1938

Y. PORCH'ER et M. LECONTE. — Remarques cliniques sur la période précomateuse au cours du traitement des états schizophré- niques par l'insulinothérapie. La phase de coma considérée comme non néces- saire	66
MARCHAND, STORA et Mme GAULTIER. — For- me cérébrale évolutive anormale d'une syphilis héréditaire	70

Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et H. EY. — Kiné- sie de jeu chez les idiots	74
GUIRAUD, H. EY et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX. — Syndrome de Korsakoff alcoolique aigu	74
Mme S. LECONTE-LOESIGNOL. — Hallucinations combinées de la vue et de l'ouïe chez un enfant de 3 ans 1/2. Origine encéphaliti- que probable	77

Séance du 24 janvier 1938

Allocution de M. René Charpentier, ancien président	83
Allocution de M. A. Fillassier, président	88
Adoption du procès-verbal	91
Correspondance	91

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



DE

L'HAY-LES
-ROSES

INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notée sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR

M. le D^r MAGNAN

Membre de

l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. *  D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Commissions des prix	92	tuelle	101
Election d'un membre titulaire	92	F. ADAM et O. HANSEN. — A propos du mé-	
Election de quatre membres correspondants		canisme de la mort dans les tumeurs	
nationaux	93	cérébrales	109
P. JANET. — L'examen de conscience et les		Mlle S. ROUSSET, G. DAUMÉZON et J. MASSON	
voix	93	- Démence traumatique ; réactions re-	
H. BERSOT. — L'insulinothérapie des schizo-		vendicatrices indépendantes du préju-	
phrènes réfractaires à la cure habi-		dice	116

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 6 janvier 1938

THUREL et GUILLAUME. Troubles ostéo-articu-
laires consécutifs à des manifestations vasculo-
sympathiques en rapport avec une tumeur céré-
brale de l'hémicortex opposé

123

ROQUELLE. A propos du rôle des lobes pré-
frontaux dans l'équilibration.....

122

Th. ALVAREZ et THUREL. Myoclonie et
épilepsie

121

PATRINOIS. Evolution speciale par poussées à
intervalles prolongés d'une affection à virus
neurotrope

121

(Suite du sommaire, page VI).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.*

Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

PATRIKIOS. — Myoclonies d'un type particulier à la suite d'un traumatisme cervical	124
J. LHERMITTE. — Syndrome infundibulaire. — Narcolepsie. — Onirisme. — Obésité. — Macro-génitosomie précoce	124
BARUK et RAGINE. — A propos de l'association scopolamine-chloralose	124
G. MARINESCO. — Nouveau type d'amyotrophie progressive miliaire neurale à début dans l'adolescence et intéressant les muscles des racines des membres	124

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 18 décembre 1937

M. LEROY. — Ramollissement cérébral et troubles mentaux	125
REIGNS. — Le traitement de la stéiophobie	125

Sociétés Belges de Neurologie, de Pédiatrie, Groupement Belge d'Etude des Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales.

Réunion commune du 18 décembre 1937

L. VAN BOGAERT, F. PHILIPS, J. RADERMECKER et Th. VERSCHRAEGEN. — Sur un groupe de polyradiculonévrites avec dissociation albumino-cytologique observées parmi d'autres infections neurotropes pendant l'année 1937	126
P. VAN GLUCHTEN. — Polyradiculonévrite avec dissociation albumino-cytologique et œdème papillaire	127
P. MARTIN et J. TITEGA. — Syndrome de Guillain et Barré à localisation principalement méso-céphalique	127
A. EDMOND. Quelques remarques sur l'étiologie des polyradiculonévrites du type Guillain-Barré	127

(Suite du sommaire page VIII)

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Éducation et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS
Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil : 26

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- **TRAITEMENT** -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- **MÉDECIN-DIRECTEUR** -- --
-- D^r P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du **D^r VIGNAUD**,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

MEYER. — Les polynevrites cranienues symétriques avec dissociation albumino-cytologique à évolution favorable	128
DAGNÉLIE. — Contribution à l'étude des maladies du neurone périphérique : remarques sur quelques observations de polynevrite avec hyperalbuminose	128
COHEN. — A propos de trois cas de polynevrite	

rappelant, par certains caractères, le syndrome de Guillain et Barré	128
CLÉMENT et KETELBANT. — Syndrome de Guillain-Barré et varicelle chez un enfant	128
BARRÉ. — Remarques sur quelques cas récents de syndrome de polyradiculonévrite avec hyperalbuminose	128

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

A. GUEBAROVSKY. — Contribution à la question des rapports entre les réactions exogènes et la constitution dans l'étude des psychoses endogènes	131
--	-----

J. DREYER. — Les psychoses combinées ..	131
L. KORZNIOWSKI. — Troubles réactifs des psychopathes et psychoses dites de réclusion ..	132
V. WINTARZ et J. WILLAWSKI. — Les troubles mentaux et les tendances religieuses en Asie ..	133
J. MARIZ. — Perspectives psychiatriques à propos de faits totemiques et de tabous chez l'indigène brésilien	133

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Établissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

P. RUBENOVITCH et J. CANTACUZÈNE. — Le syndrome d'action extérieure	133	V.-A. GUILLAROWSKI. — Contribution à l'étude de l'influence réciproque entre la schizophrénie et la paralysie générale concomitante	130
A. CONDOMINE et M. DEAUJARD. — La force déterminante des hallucinations auditives....	133	E. IRAGOQUI VILLALONGA. — Délimitation actuelle du groupe des schizophrénies	126
A. LEWIS. — Problèmes concernant les états obsédants	131	V.-A. GUTTAHORSKI. — Le dynamisme de la schizophrénie sous l'influence de la narcose prolongée	137
H. CODET. — L'impressionnable vagotonique, variété d'émotif	131	I. DOZENKO et Mme E.-S. FATOWA. — Etude de la motricité dans la schizophrénie infantile à l'aide de la méthode de L.-A. Quint et N.I. Oszepkowskij	137
La psychologie affective et instinctive des enfants imbeciles	131	N. ROJAS, J. BLIBLY et P. MEANA COLOMBIERO. — Choix émotif à l'origine de la démence précoce	138
A. GRÉMIEUX. — Les troubles du caractère chez l'enfant	135	I. FINKELMAN et W.-Mary STEPHENS. — Régulation calorifique et réactions au froid dans la démence précoce	138
Mme M.-V. SOLOVIEVA. — Influence d'un violent traumatisme psychique sur les troubles de la sphère neuro-psychique	135		
A. MYRSON. — Rapport entre le traumatisme et les maladies mentales	136		

(Suite du sommaire, page VII).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près Nyon (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE

CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X — Cabinet dentaire

		-- -- Divers ateliers très bien aménagés -- --		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
		-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --		
		-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --		

Quatre médecins assurent les traitements.
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

H. SELZER. — Manifestations dissemblables de la psychose maniaque dépressive chez deux jumeaux	138	J. HELSMOORTEL jr, R. NYSSSEN et R. THIEPONT. — Six cas d'anémie-agueusie d'origine traumatique	141
G. ZILBOORG. — Diagnostic des différents types de suicide	138	L. JUSTIN-BESANÇON. — L'exophtalmie basedowienne	141
D.-S. OZERETZKOVSKI. Contribution à l'étude de la psychasthénie	139	G. MARINESCO et R. HERNANDEZ RAMIREZ. — Sur un cas d'association de tabès et de maladie de Basedow	141
G. BOSCH et E.-D. ANDIA. — Sur un cas de psychopathie d'origine infectieuse	139	E. ZEBUNI. — Association myoclonie-épilepsie	142
L. INON. Sur les psychoses tabétiques	139	L. VAN BOGAERT et R. NYSSSEN. — Le type lardif de la leucodystrophie progressive familiale	142
B.-J. LINDBERG. Psychoses diabétiques	140	G. GUILLAIN, I. BERTRAND et L. ROUQUÉS. — Sur une affection dégénérative spéciale pallido-dentelée se traduisant cliniquement par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et un syndrome hypertonique terminal	142

Neurologie.

J.-P. RITENBISTER. La signification clinique et biologique du réflexe de Rossolimo	140
P. DORVILLE, PRADAI, et NGUYEN-VAN-TAN. — Un cas de syndrome d'Adie (aréflexie tendineuse et pupillotonie non syphilitique)	140

(Suite du sommaire page XIV).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
 -- les affections nerveuses et mentales --
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --
Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)
 -- Villa pour enfants anormaux --
 Médecin en chef : Dr W. BOVEN, Prof. de psychiatrie
 et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838
 Collaborateurs : Dr O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un. de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.
 -- M^{me} le Dr CALAME --

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY
(Suisse)



TÉLÉPHONE :
52.008

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes
et le Lac Léman*

TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY

Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY

Un Médecin-Assistant

NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

VARIÉTÉS

Société Medico-Psychologique :

Séances	143
Hôpitaux Psychiatriques :	
Honorariat	143
Nominations	143

Postes vacants 143

Concours pour la nomination à une place de
Pharmacien en chef de l'Hôpital psychiatri-
que de Vaulaïre 143

INFORMATIONS

Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes
de France et des pays de langue française Alger
(6-11 avril 1938) xxiv

Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggenbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSY HOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris

Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine

Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glaclère

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES

NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

PARC

de 8 hectares

à

flanc de coteau
au midi

Confort Moderne

CHAMBRES

avec

Salles de bains
privées



Cures de Repos

Convalescences

Régimes

Désintoxications

Psychothérapie

Héliothérapie

Malariathérapie

MÉDECINS
SPÉCIALISTES

résident
au Château

D^{rs} H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES

Ancienne Maison de Santé fondée par le D^r Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

Direction médicale

D^r Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

D^r Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS

CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu,
tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du D^r Rémi Courjon, 4, rue
Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél.
Franklin 07-28.



CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
Dr Marcel DHERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ~~~~~
de Régimes ~

~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violet

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

~~~~~  
Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête
devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles,
route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du lac de Bienné

Installations
modernes
et confortables

2 médecins



Nombre restreint
de malades

Vastes parcs
ombragés

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

**TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE
DES SYNDROMES SYMPATHIQUES
et PARASYMPATHIQUES**

•
ANGOISSE _ ANXIÉTÉ _ INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

La Passiflorine
RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Cratægus
oxyacantha

LE CASTEL D'ANDORTE

342, Route du Médoc -
LE BOUSCAT, près Bordeaux
Téléphone : BORDEAUX 836-30

MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

Médecin-Directeur :
Docteur Pierre CHARON

CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

FONDÉ EN 1930

aux portes de la Ville, sur la hauteur, au milieu d'un grand parc clos avec tout confort moderne. CLIMAT TONI-SÉDATIF RÉPUTÉ

Directeur Médical : Docteur HONESTIER, Médecin honoraire des Asiles

Directeur administratif : E. COCONAS, Professeur spécialisé diplômé

GARÇONS nerveux, instables, hyperémotifs, angoissés, grognons, obstinés, paresseux, négligents, portés à dire des grossièretés, querelleurs, mauvais instincts, insomniques, tiqueurs. Redressement moral. Retardés scolaires et thyroïdiens. Délicats, anémiés, fatigués, convalescents, malingres, entéritiques, ganglionnaires, etc.



Action pédagogique combinée avec traitement médical. Instruction par petits groupes et classement par catégories distinctes. Orientation professionnelle.



Jardin d'hiver. Jeux. Sports. Gymnastique médicale. Hydrothérapie complète.

SECTION ENTRAÎNEMENT MÉDICO-PROFESSIONNELLE AVEC ATELIERS

Section spéciale pour enfants pouvant fréquenter les Cours du Lycée ou Collège

● PRIX : Depuis 450 fr. par mois. Chambres particulières ●

Contagieux, grands arriérés, grands nerveux et grands agités ne sont pas admis

VILLA FORMOSE, 1, Allées de Morlaas -- PAU (B.-P.) Tél. 27-07

● NOTICE ILLUSTRÉE SUR DEMANDE ADRESSÉE A M. LE DIRECTEUR ●

CHOIX d'un NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ POUR LA PRATIQUE COURANTE

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base ; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondek et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la *sed'hormone*, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° Chez les **insomniques**, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **ménopause** et dans l'**âge mûr**.

2° Dans le **mal comitial**, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° Chez les **petits nerveux**, surmenés, obsédés, anxieux, **névropathes**, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° **Cure des toxicomanies** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° Chez l'enfant, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Enurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du **mal de mer**. — Diminution des premières douleurs de l'**accouchement** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **Anesthésie de base chirurgicale**.

PRESCRIRE LA SED'HORMONE à la dose de

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour

Chez l'enfant : 1 à 4 dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale : 1 à 4 Suppositoires.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges -- PARIS, IV^e

INFORMATIONS

CONGRES DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE ALGER (6-11 AVRIL 1938)

AVIS

Prière à Messieurs les membres titulaires de l'Association du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, de vouloir bien faire savoir au Docteur Vignaud, Trésorier, s'ils assisteront au Congrès d'Alger et, dans ce cas, de vouloir bien envoyer, *avant le 15 février*, à l'Agence Duchemin-Exprinter, le questionnaire relatif au voyage et au séjour à Alger.

Cette mesure est rendue nécessaire par la difficulté d'obtenir des cabines sur les paquebots et des chambres dans les hôtels à cette période de l'année.

Les organisateurs n'assumeront aucune responsabilité en ce qui concerne l'organisation du voyage des personnes dont les bulletins d'adhésion seraient transmis après la date ci-dessus.



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

MÉMOIRES ORIGINAUX

M ^{me} BONNAFOUS-SÉRIEUX et H. EY. — Les « kinésies de jeu » chez les idiots	153
N. OSERETZKY et M ^{lle} le Dr Z. STCHEGLOVA. — Sur les modifications post-traumatiques du système nerveux chez les enfants et les adolescents	158
P. COSSA, H. BOUGEANT, M. PUECH et P. SASSI. — Le traitement des complications nerveuses de l'alcoolisme par la strychnine	167

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 10 février 1938

LADONNEL-LAVASTINE, ESCALIER, H.-M. GALLOT et H. MIGNOT. — Accès maniaque au cours d'une maladie de Basedow	188
R. AVULADE, P. ROYER et M. ROUGEAN. — Psychose hallucinatoire chronique et syphilis	192

R. STORA et Mme GAULTIER. — Sidérodipsomanie et dipsomanie chez un déséquilibré	197
L. MARCHAND, M. BRISSOT et J. MAILLEFER. — Doplégie cérébrale chez un enfant atteint d'idiotie congénitale et d'épilepsie. Foyers pseudo-kystiques multiples cérébraux et protubérantiels. Absence d'hérédospécificité	200

(Suite du sommaire, page II).

MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS

DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

P. COURBON et Mme BUVAT-POCHON. —
Claustromanie, coprochésie et trichophobie
par aboulie psychasthénique 207

Séance du 28 février 1938

Décès du Dr Georges Petit 217
Adoption du procès-verbal 219
Correspondance 219
Election d'un membre associé étranger 219
A. POROT. — Ecriture en miroir chez un mé-
dium 220
Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX et H. EX. — Manies
de veuvage 225

X. ABÉLY et M. LÉCONTE. — Essai d'interpré-
tation des réactions maniaques survenues
après une émotion triste (Manie après
veuvage) 232

H. BARUK, M. DAVID et H. ASKÉNASY. — Tu-
meur sous-frontale bilatérale à symptoma-
tologie affective. Etat psychologique nor-
mal après ablation de la tumeur et de
deux pôles frontaux 241

E. MARTIMOR et P. NEVEU. — Injections intra-
rachidiennes de Vitamine B₁ dans la psy-
cho-polynévrite de Korsakow 242

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 février 1938

LAIGNEL-LAVASTINE et H. MIGNOT. — Poliomyélite
antérieure aiguë avec réflexe cutané plantaire
en extension par atrophie du fléchisseur du
gros orteil 248
J.-A. BARRÉ et COSINO D'ANDRÉ. — Paraplégie
par ramollissement aigu uni-segmentaire de la
moelle survenue au cours de la grossesse. Etude
anatomique 249
J. DEKAUX. — Myoclonies vélo-pharyngo-laryngées
et oculaires chez un malade atteint de sclérose
en plaques 249

J. LHERMITTE, MOUZON et SUSIC. — Des accidents
nerveux rares de la transfusion sanguine 249
J. LHERMITTE et DE AJURUAGUERRA. — La myélite
zostérienne 249

Th. ALAOUANINE, Th. HORNET, M. ULLMANN et
J. DILORIE. — Ramollissement médullaire au-
dessus d'une compression extra-durale métas-
tatique entravant la circulation des artères radi-
culaires 250

G. GUILLAIN, I. BERTRAND et Mlle J. GUILLAIN. —
Etude anatomique-clinique sur une lésion ancienne
du noyau rouge 250

NAYRAC et FRANCHOMME. — Mesure numérique du
réflexe photo-moteur dans la paralyse gé-
n-rale 251

(Suite du sommaire page IV).

CHATEAU

DIRECTEUR : Dr Gaston MAILLARD.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière

Médecin-adjoint : Dr Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES-ROSES



INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notée sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. * ➤ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 29 janvier 1938

- R. NYSEN. — Les réactions hystéro-mentales et le problème de leur réalité biologique... 251
J. TIEGA. — De l'inspection des services ouverts par les Pouvoirs publics à propos d'une descente de parquet... 252

Société belge de Neurologie

Séance du 29 janvier 1938

- MASSION-VERNIORV. — Hémorragie cérébrale évoluant comme un hématome... 253

A. GERERTZOFF. — Le problème des localisations et des ataxies corticales. Quelques suggestions en guise de conclusion à des recherches anatomo-expérimentales sur les connexions cérébello-cérébrales... 253

A. DEWULF. — Dimensions comparées des divers éléments cytologiques de l'écorce cérébrale... 253

P. HENNEBERT. — Traitement des paralysies diphtériques par l'étherisation... 251

M. HEERNU. — Origine toxique de la paralysie dans le syndrome de Guillain-Barré... 251

MASSION-VERNIORV. — Syndrome du trou occipital par abcès du lobe frontal... 251

RÉUNIONS ET CONGRÈS

12^e Réunion de la Fédération Internationale des Organisations d'Eugénisme

Scheveningen, Pays-Bas, 15-20 juillet 1936

- I.-A. MOEN. — Nouvelles directives pour une politique de la population inspirée par l'hygiène raciale... 255
ASTEL. — Applications de l'hygiène raciale dans la politique de l'habitation en Thuringe... 255

E. RÄDIN. — Les nouvelles lois allemandes d'hygiène raciale envisagées au point de vue médical... 255

RUTKE. — Hygiène de l'hérédité dans la législation allemande... 256

C. BRUGGER. — La parenté hérédobiologique des différents degrés d'intensité de l'oligophrénie... 256

LIXENBURGER. — Pronostic hérédologique empirique et études gemellaires en psychiatrie... 256

K. CONRAD. — Résultats et problèmes des études sur la gemellité en neurologie... 256

E. HANHART. — Des mutations chez l'homme... 257

(Suite du sommaire, page VI).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

Dr^s M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)
Arrêt des autocars Citroën
17 - 18 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 26

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

STRUMPFEL. — Recherches sur des jumeaux criminels et psychopathes	257
E. RODENWALDT. — Transformations des races	

dues aux influences climatiques	257
K. HANSEN. — La loi norvégienne de stérilisation de 1934 et ses résultats pratiques.....	257

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

Neuro-psychiatrie.

J. LUBROITTE et E. TCHERBAZI. — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques	258
G. RIDDICH. — Sur quelques aspects du problème concernant le membre fantôme.....	259
A. SZÉRY. — Les perturbations et les types du sommeil dans les maladies nerveuses et mentales ; l'action des substances médicamenteuses	259
J. MAZURKIEWICZ. — Le « mnémisme » et la théorie de la reproductibilité conditionnelle	259
J. COLIHO. — Reflexe oculo-cardiaque et maladies mentales	260
W. RILSE et A. REEFER. — L'état crépusculaire hystérique (Ganser)	260
A. RADOVICI, M. SCHACHTER et S. KISILEV. — L'épilepsie réflexe	260
G. MARINESCO et A. KREINDLER. — Considérations sur le rôle des sinus carotidiens dans la pathogénie de l'accès épileptique	261
P.-T. KASAKOW. — Crises épileptiformes chez des	

adultes guéries après expulsion de vers intestinaux	261
I. SCHEFFER. — Contribution à l'étude de l'éclampsie coquelucheuse	262
J. FRYDMAN. — Un cas de chorée de Huntington	262
J.-H. GROEUS et M.-B. BRENNER. — Encéphalopathie toxique dégénérative disséminée secondaire aux brûlures graves et étendues... ..	262
Th. DE MARTEL, H. SCHAEFFER et J. GUILLAUME. — Des rémissions spontanées prolongées au cours de l'évolution des tumeurs cérébrales.....	263
G. MARINESCO. — Sur un cas de méningo-épendymite atypique subaiguë chez un enfant	263
M. DAVID et H. ASKENASY. — Les troubles mentaux dans les méningiomes de la petite aile du sphénoïde	263
E. HELLMAN. — Un syndrome post-traumatique hémicoréiforme. Troubles vaso-moteurs généralisés chez un sujet présentant des signes pyramidaux, extra-pyramidaux et des troubles psychiques	264
P. SIVADON. — Un signe de localisation au cours	

(Suite du sommaire page VIII)

-- PRODUITS --
BIOLOGIQUES

CARRION

54, Faubourg Saint-Honoré, PARIS-8^e

--- ANJOU 36-45 (2 lignes)

ANTASTHÈNE

Glycérophosphates α et β — Extraits opothérapiques

Ampoules — **ASTHÉNIES** — Comprimés

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galleries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- **D^r P. ALLAMAGNY** --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

du coma par lésion cérébrale circonscrite : le signe de Courtois	264
M. VICTORIA. — Un cas de lésion de la troisième frontale gauche sans aphasie	264
E. KRAPE. — De l'acalculie	264
D. KLEIN. — Recherches généalogiques, morphologiques et psychopathologiques sur un cas de maladie de Friedreich familiale	265
G. GUILLEIN, I. BERTRAND et L. ROUQUÉS. — Sur une affection dégénérative spéciale pallido-dentée se traduisant cliniquement par des phénomènes d'excitation motrice et d'hyperexcitabilité neuro-musculaire et un syndrome hypersensitif terminal	265

Psychologie.

J. ABRAMSON et S. LE GAHREK. — Notes sur quelques corrélations psycho-motrices chez les écoliers normaux	266
Th. HELLER. — Tests de développement limité	266
H. WEBER. — Introduction à l'étude de la peur chez les enfants	266
R. DRESZER. — La tension psychologique excessive	266
P. DESPOSES. — Influence de la volonté sur les activités physiologiques	267

Psychanalyse.

A. STEPHEN. — Impuissance sexuelle	267
E. PIZARRO CRESPO. — La névrose obsessionnelle et les phobies	268
G. BEIDMANN. — Pathogénie de la névrose obsessionnelle	268

Anatomie.

H. MARCUS. — Etudes sur l'histopathologie de la démence précoce, dégénérescence myélinique cérébrale multiple	268
S. MESSING. — Anatomie pathologique de la maladie de Huntington	269
D.-M. LIPSHITZ. — Etude anatomo-pathologique des chorées chroniques	269
L. ALONSO. — Les réactions neurotiques conjonctivo-lymphatiques en neurologie	269
J. HEROWITZ. — Un cas rare d'hydromérencephalie	269
A. MEYER et L.-C. COOK. — Etat marbré	270
G. GILLYON, P. MOLLART et I. BERTRAND. — Considérations anatomo-cliniques sur un cas de polioencéphalite aiguë chez un enfant	270
LAQUE et MORELLO. — Sur un cas d'infantilisme par tumeur de la poche de Rathke	270
E. HELMAN et J.-S. MEINENFELDER. — Etude anatomo-clinique d'un cas de maladie de Cushing	270
L.-I. CHARGORODSKY et E.-V. SCHNIDT. — Contribution à la clinique et à l'anatomie pathologique du syndrome particulier d'adynamie propulsive avec troubles fonctionnels du système sympathique, (Syndrome dit d'insuffisance surrénale)	271
C. PASSA. — Histopathologie des ganglions semi-lunaires chez les tuberculeux	271
B.-J. ARENS. — Hyperthermie due aux lésions de l'hypothalamus	271

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière d'au-
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

Biologie.

M. BIEDNACKI. — La vie humaine à la lumière de la physiologie moderne ou l'unitarisme biologique	272
H. HILLMANN. — La vie sans moelle épinière	272
P.-H. DE RABINOVICH. — L'hypnose et ses mécanismes physiologiques	272
A. BARGANX et Mme A. DZEGAROWA. — De l'utilisation de la narcose prolongée en psychiatrie	272
B. POMMÉ et J. DUGUET. — Physiologie des nerfs oculo-moteurs	273
B. POMMÉ et J. DUGUET. — Physiologie du nerf pneumogastrique	273
M. SIKLISKI et S. SCHERSON. — De la signification du potentiel d'oxydation et de réduction en pathologie	273
E. PLAZ. — Contribution à l'étude des altérations organiques dans la schizophrénie	271
GIANNELLI et CAMPTORI. — Recherche sur la fonction hépatique dans la démence précoce	271
P.-A. CHATAIGNON et C. CHATAIGNON. — Au sujet du rôle physiopathologique du lécithine	271
A. GUTHRIE et A.-W. PETTIT. — Le foie dans l'épilepsie. Etude de l'application du test de tolérance au lévulose	275
M. COMTE. — Les protéines du plasma dans l'épilepsie et leurs variations	275
C. SANI. — Contribution à l'étude de la rapidité de sédimentation des globules rouges dans les maladies mentales	275

S.-B. WORTIS, A. WOLF et C.-G. DYKE. — Les xanthomatoses et le syndrome de dysostose avec diabète et exophtalmie	271
Mme H. JANKOWSKA. — Les variations du calcium, du potassium et des globules blancs sous l'influence de l'insuline	276
M. LÉVY et L. GALLY. — L'intérêt pratique de l'étude des variations du cholestérol sanguin au cours de la radiothérapie du corps thyroïde	275
G. CARMIÈRE et P.-J. GENEST. — Syndromes vagues sympathiques et équilibre glycémique	275
V. PORTA et L. MONZEGGIO. — Le métabolisme du sucre dans les états post-encéphaliques	277
V. PORTA et G. PELLICCIOLI. — Le métabolisme des corps créatiniques dans le Parkinson post-encéphalitique	277
S. HAYNIEWICZ. — Signification de l'examen de la perméabilité méningée d'après la méthode de Walter	277
E. LEMHOFF. — Evolution des altérations du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques	278
DUBOIS. — La réaction de Wassermann et la poliomélie antérieure aiguë	278
J. DESREUX. — A propos des réactions de Wassermann dites positives dans le liquide céphalo-rachidien de malades atteints de tumeurs du cerveau	278
E.-N. BETTEL. — Effets de l'épivan sodique sur la pression du liquide céphalo-rachidien	278
A. BUCK. — Investigations sur le problème de l'immunité vis-à-vis du spirochète pôle choi	278

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
 -- les affections nerveuses et mentales --
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --
 Institut pathopsychologique annexe (pupillographie, etc.)
 -- Villa pour enfants anormaux --
 Médecin en chef : D^r W. BOVEN, Prof. de psychiatrie
 et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838
 Collaborateurs : D^r O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un.
 de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.
 -- M^{me} le D^r CALAME --

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malarithérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X —
Cabinet dentaire

||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --
-- Trois tennis — Bains du lac — Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : Dr O.-L. FOREL, Privat-Docent à l'Université de Genève.

les paralytiques généraux traités par la malarie	279
F. PERINOLA. — La réaction de Donaggio dans la psychose maniaque dépressive	279
S. HRYNKIEWICZ. — Etude du métabolisme basal chez les aliénés	279
E. GUTTMANN. — Psychoses artificielles produites par la mescaline	280

Endocrinologie.

A. TOMASSINO. — Contribution clinique à la puberté précoce	280
E. APLIT. — Le syndrome adiposogénital des jeunes garçons et des adolescents	280
R. LEROUX, A. JUNG et S.-M. DIPIERRE. — Recherches sur la surcharge de l'appareil cardiovasculaire dans l'hyperparathyroïdisme expérimental	280
R. LEROUX et A. JUNG. — Les signes rénaux de l'hyperparathyroïdisme. Lithiase et pyélonéphrite	281
J. OLMER et J.-E. PAILLAS. — Parathyroïdes et diabète	281
A. MALOCHOU. — Oreille et parathyroïde	281
J. BACER. — Recherches nouvelles sur l'hyperthyroïdisme	281
H. STEVENIN et F. FRANÇOIS. — Hyperthyroïdie et tuberculose pulmonaire	281
A.-J.-E. ARGAZIS. — Aspects psychiatriques du myxœdème	282

E. AZERAD et J. FAGUET. — Le cœur des myxo-démateux	282
J. BRAM. — Le trauma psychique dans l'étiologie de la maladie de Graves	282
L. DE GENNES, J. DELARUE et R. DE VÉRICOURT. — Le syndrome endocrinio-hépatocardiaque	282
M. LABBÉ, R. BOULIN et P. UHRY. — Diabète bronzé avec infantilisme tardif. (Syndrome hépatopancréato-génital)	283
L. CORNIL et J.-E. PAILLAS. — Sur l'action hypoglycémisante de l'extrait testiculaire dans le diabète	283
H. CLAUDE, F. COSTE et J. FAUVET. — Etude d'un cas de dystrophie musculaire neuro-endocrinienne. (Myotonie atrophique)	283
STÉVENIN. — Les insuffisances surrénales ligées	283
E. RUSTENHUIS et H. BARREY. — Surrénalité hémorragique aiguë. Syndrome de Waterhouse-Friderichsen	284

Thérapeutique.

G.-E.-A. ROTHSTROM. — Traitement de la neurosyphilis par le sodoku	281
J. BOISSEAU. — Conceptions nouvelles de l'hystérie et son traitement	281
L. BOSHER. — Etude de l'action des bromures dans l'épilepsie clinique et expérimentale	282
J. HULINERFELD. — L'hématoporphyrine dans le traitement de la mélancolie et de la dépression endogène	282
A.-E. BENNETT et E.-V. SEMRAD. — Valeur du trait-	

(Suite du sommaire page XIV).

NEURINASE

*amorce le
sommeil naturel*

Z

Insomnie
Troubles nerveux

Ech^{ons} & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER
2 Rue du Débarcadere PARIS

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY
(Suisse)



TÉLÉPHONE :
52.008

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes
et le Lac Léman*

TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY

Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY

Un Médecin-Assistant

NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

tement insulinaire chez les malades mentaux en état de dénutrition	285
H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL et E. LELU. — Sur le mécanisme et le traitement du coma diabétique	286
G. PETERMAN. — Le traitement des convulsions chez les enfants	286

F. SALAMERO. — Le traitement de l'hyperthyroïdisme doit-il être médical ou chirurgical ?	286
--	-----

Médecine légale.

O. RODRIGUEZ. — Responsabilité familiale des délits commis par les aliénés.	286
--	-----

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :	
Séances	287
Hôpitaux psychiatriques :	
Nécrologie	287

Légion d'honneur	287
Réunions et Congrès :	
Conférence des Psychanalystes de langue française	288

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du lac de Bière

.....

Installations
modernes
et confortables

.....

2 médecins



Nombre restreint
de malades

.....

Vastes parcs
ombragés

.....

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazal, de sammeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repas et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déminalisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlordrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNHYOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou
Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génomorphine et de Gènesérine.
2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GÉNOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Ctrs (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Ctrs.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

UN HYPNOTIQUE DOUX

DE TOLÉRANCE
PARFAITE

DESTINÉ AUX

INSOMNIQUES
ET AUX ANXIEUX

Sonéryl

butyl-éthyl-malonylurée

INSOMNIE
causée par la douleur
INSOMNIE
des vieillards

COMPRIMÉS λ 0 gr 70 • TUBES DE 20 COMPRIMÉS

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA

MARQUES: POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, rue Jean Goujon • PARIS 8^e

SOMMAIRE DU N° 3 (tome I), MARS 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

H. NYSSSEN et R. BUSSCHAERT. — Les troubles de la sensibilité à la douleur dans la paralysie générale.....	289
A. RÉQUET et J. TURIN. — Les délires secondaires au traitement de la paralysie générale.....	298
Mares CAHANE et Tatiana CAHANE. — Recherches sur les hormones hypophysaires dans certaines psychoses.....	311
M. OLIVIER et M ^{me} CHEVALIER-GAZANIOU. — Soixante ans de psychose maniaco-dépressive.....	321

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du jeudi 10 mars 1938

J. VIÉ et M. VILLEMEZ. — Sur l'évolution des délires d'influence. Trois degrés de déficit résiduel.....	327
P. COURBON et Mme BUVAR-POCHON. — Hyperkinésie gestuelle et démence ..	333

Séance du lundi 28 mars 1938

Adoption du procès-verbal	338
Correspondance	338
Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire	338
Congrès internationaux de psychiatrie	339

(Suite du sommaire, page II).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

DE

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES



L'HAY-LES-ROSES

INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)

TÉLÉPHONE : 5

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTONICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

- H. BARUK et R. MATHON. — Tremblement de type pithiatique, céphalées avec bouffées confusionnelles, perturbations sympathiques cervicales (d'origine traumatique). Guérison par le venin de cobra 339
- P. SIVADON et P. QUERON. — Troubles abasiques hystérisiformes chez un parkinsonien post-encéphalitique 345
- P. SIVADON et P. QUERON. — Automutilation à but thérapeutique chez un dément pré-sénile à forme dépressive 347
- L. MARCHAND. — Résultats du traitement de

- 111 cas de paralysie générale par le stovarsol sodique 349
- R. ANGLADE, P. ROYER et M. ROUGEAN. — La thérapeutique convulsivante de la démence précoce par le pentaméthylène-tétrazol (eardiazol) 357
- M. BERGERON. — Les manifestations motrices chez l'enfant, de la naissance à trois mois 367
- P. CHATAGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON. — Psychose hallucinatoire curable de la ménopause et poussée hypertensive 373

SOCIÉTÉS

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 26 février 1938

- G. MEYER et L. VAN BOGAERT. — Un cas de syn-

drome extra-pyramidal en quête d'un diagnostic 381

- J. TIRIAU. — Etude électro-encéphalographique de deux cas d'hémianesthésie hystérique ... 389

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Psychologie.

- H. PRÉRON. — L'Année Psychologique. 382

Psychiatrie.

- Th. SIMON. — Cinq nouvelles conférences sur la pédagogie des enfants arriérés ... 393

- A. COURRAIS. — Etudes biologiques et cliniques sur les maladies mentales 381

- J. MILLOT. — Contribution à l'étude des encéphalites psychosiques, Essais thérapeutiques 382

- G. FERNIER. — L'érotomanie, illusion délirante d'être aimé 385

- J. FERRIT. — Les causes affectives de l'érotomanie principalement chez l'homme 386

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ

:-: D'IVRY-SUR-SEINE :-:

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes



FONDÉE PAR
M. le Dr MAGNAN
Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

Dr FILLASSIER O. * ✂ Dr DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

H. LECONTE. — Conflits sociaux et psychoses (étude médico-sociale)	387
A. BRAVI. — Fragments de psychiatrie coloniale	387
SUTTER. — L'épilepsie mentale chez l'indigène nord-africain (étude clinique)	388

Psychanalyse.

S. MORGENSTERN. — Psychanalyse infantile. Symbolisme et valeur clinique des créations imaginatives chez l'enfant	389
S. NACHT. — Le Masochisme	389
R. LÖWENSTEIN. — L'origine du Masochisme et la théorie des pulsions	389

Endocrinologie.

LANGERON. — Leçons cliniques sur les affections hypophysaires	390
R. DESPLATS. — Physiothérapie des affections hypophysaires	390
R. RIVOIRE. — Les acquisitions nouvelles de l'endocrinologie	391

Hygiène et prophylaxie.

R. BIOT, H. BON, F. DUMAHER, J. GATE, J. GAUCHERAND, E. LANCENON, M. PÉRU, W. RIESE, G. THIRON, H. VIGNES. — Médecine et mariage	391
--	-----

Psychiatrie.

A. RIGLI. — Action de la musique chez les aliénés	392
R. TREICHLER. — La maladie mentale de Friedrich Hölderlin dans ses rapports avec sa faculté poétique	392
H. SELZER. — Etudes généalogiques dans les familles de paralytiques généraux	393
K. TROGER. — Parenté ascendante et collatérale de 100 paralytiques généraux	393
F. MINKOWSKA. — L'hérédité dans la schizophrénie et dans l'épilepsie	394
A. GALATSKY. — L'hérédité de la schizophrénie	394
C. BAUMANN et R. YEDER. — La question de la schizophrénie infantile	394
Mme S.-Z. GALATSKAYA. — Psychose schizophrénique chez un enfant de quatre ans	394
W. PLATTNER. — Schizophrénie sur fond de criminalisme	395
H. SEXANTH. — Emotivité et trouble de la pensée dans la schizophrénie	395
L. FROMENTY. — Les rémissions dans la schizophrénie. Statistique sur leur fréquence et leur durée avant l'insulinothérapie	395
F.-H. SUTTER et E.-M. JELLINEK. — Etude comparative physiologique, psychologique et psychiatrique des schizophrènes polyuriques et non-polyuriques	395

(Suite du sommaire, page VI.)

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VÉSINET 12

E. BARISON. — Gastrogrammes des déments précoces atteints de mérycisme	396
I. GRUPPÉ. — Bacillémie tuberculeuse et démence précoce	396
G. HEUYER. — Etiologie de 50 cas de démence précoce	396
G.-M. DAVIDSON. — A propos de la schizophrénie et de la psychose maniaque-dépressive associées à la grossesse et à l'accouchement	396
ROBERTI, GIANFERRARI, CANTONI, FATTOVITCH, NICOLÉI, RIZZATI, MARTINENGO, D'ORMEA, CENTINI, VOLPI, GHIRARDINI, PUGA, ROSTAN, CALZAVARA, COEN, PELLACANI, ANTONINI junior. — Hérité des états maniaco-dépressifs	397
A. RÖLL et J.-L. LENTRES. — Le problème de l'hérédopronostic. Les chances de maladie pour les neveux et nièces des maniaques dépressifs	397
H. BARUK et Mlle Y. GÉVAUDAN. — Hystérie et psychose périodique	397
M. SCHAECHTER. — Le signe de Chvostek dans l'enfance et le profil mental des enfants porteurs de ce signe	398
G. DE PARREL. — Déficits auditifs méconnus et entraves psycho-phonétiques	398
J. ROUBINOVITCH. — Les syndromes neuro-psychiatriques infantiles et juvéniles	398
B. GRÜNERBERG. — Types d'enfants difficiles	398
G. HEUYER et Mlle COURTHIAL. — Tests de caractère en neuro-psychiatrie infantile	399
J. KORCZAK. — Observation d'un cas d'onanisme chez un garçon	399
M. BUONINCONTI. — Contribution au problème	

clinique et psychologique des " psychoses émotionnelles "	400
L. BENDER. — Psychose réactionnelle secondaire familiale	400
I. WEISSFELD. — Les anomalies de perception dans le syndrome d'influence	400
A. SILVEIRA. — Syndrome d'automatisme mental de G. de Clérambault	401
F. GORRITI. — Hallucinations de présence extérieure invisible	401
H. BARUK. — Les hallucinations visuelles	401
E. GELMA. — L'érotisme sénile chez la femme	402
H. ROEMER. — Etude nosologique et hérédobiologique des psychoses puerpérales	402
H. DAMAYE. — Delirium tremens et abcès du pignon	402
A.-H. FORTANIER et T.-A. KANDOU. — De l'aminésie consécutive à un traumatisme crânien	402
V.-V. BRILLOWSKY. — Contribution à l'étude des états obsessionnels. Altération secondaire de la personnalité	403
R.-J. GOLANT. — Contribution au problème des idées obsessionnelles dans les états mélancoliques	403
M. PESERICO. — La dipsomanie est-elle véritablement une impulsion ?	403

Neurologie.

R. BING. — La stase papillaire	403
F. CARDONA. — Sur le syndrome d'Adie	401
W.-A. BACHTHAROW. — Extension du pouce. Un nouveau réflexe pyramidal	401

(Suite du sommaire, page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Éaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 10.000 m². Tennis.

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS

ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

D^{rs} M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures

sauf jeudis et dimanches

25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-&-M.)

Arrêt des autocars Citroën

17 - 18 - 19 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 26



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et saine.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --
-- D' P. ALLAMAGNY --

avec la collaboration du D' VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves
-- -- et d'un médecin assistant -- --

L. SEIFFEL et J. ZELLMAYER. — Contribution à la connaissance des hyperkinésies dans l'intoxication par le gaz d'éclairage.....	404
P. KOESTER. — Contribution au problème des sé- quelles tardives de l'éclampsie puerpérale, à l'aide d'enquêtes catamnestiques.....	405
E. LUX. — L'ataxie héréditaire ; étude hérédito- biologique	405
L. VAN BOGAERT et E. DE SAVITSCH. — Sur une maladie congénitale et héréditaire familiale com- portant un tremblement rythmique de la tête, des globes oculaires et des membres supé- rieurs	405
E. DRAGONAS et G. VIIVIANOS. — A propos de deux cas de kystes hydatiques du cerveau, identifiés à l'aide de l'aérocystographie avant l'interven- tion chirurgicale	406
C.-H. FRAZIER. — Tumeurs localisées au lobe fron- tal. Revue clinique de cent-cinq cas vérifiés	406
F. BARISON. — Tumeurs de la région cranio-rhino- pharyngée	406
L. BROSIOWSKI. — Contribution à la symptoma- tologie et à la thérapeutique des tumeurs extra- méduillaires	407
A. CHAMBOUROFF. — Réflexes toniques dans les affections périphériques	407
BEDER. — Contribution à la séméiologie de la tétanie	407

Psychanalyse.

I.-S. SUMBYER. — Contribution à la psychothé- rapie de l'homosexualité	408
---	-----

Anatomic.

D. BOISI. — Le problème de l'origine de la tu- meur	408
H. JACOB. — Facteurs de la genèse de l'écro- cérébrale normale et anormalement dévelop- pée	408
Th. DE MARTEL, J. GUILLAUME et R. THURMEL. — Pseudo-tumeurs cérébrales par cloisonnements des cavités sous-arachnoïdiennes et ventricu- laires	409
D. PETIT-DUTAILLIS et L. ECTORS. — A propos de certaines formes anormales des méningiomes : tumeurs multiples, tumeurs récidivantes, tu- meurs infiltrantes	409
I. BARTLAND et K. MIYASHITA. — Variabilité des périvasculites au cours des encéphalites	409
H.-J. SCHLIER. — Influence des tumeurs méningé- es sur le tissu cérébral	409
D. NOBIS, J. NICOLASCO et E. BANU. — Contribu- tion à l'étude de l'atrophie olivo-ponto-cérébel- leuse	410
O. GAGLE et W. MARONIS. — La question du sys- tème mésentéphalo-hypophysaire	410
M. GOZZANO. — Histopathologie et pathogénèse de la sclérose latérale amyotrophique	410
A. STEEL et ST.-HUSZAK. — Expérimentation sur les effets nocifs, au niveau des centres nerveux, de l'intoxication nicotinique chez les ani- maux	410

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D^r H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : =====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
===== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

Biologie.

- H. SCHÖNSTEDT. — Recherches sur le liquide céphalo-rachidien dans les commotions et les contusions cérébrales 411
- L. TELATIN. — Variations de la pression lombaire sous l'influence de quelques agents pharmacodynamiques chez les déments précoces et les épileptiques 411
- L. TELATIN. — Des variations concomitantes de la glycorachie et de la tension céphalo-rachidienne provoquée par des agents pharmacodynamiques chez les déments précoces et les épileptiques 411
- L. BINI. — L'équilibre acide-base du liquide céphalo-rachidien dans les maladies organiques du système nerveux 412
- V.-M. BUSCAINO et V. LONGO. — Recherches expérimentales sur la toxicité du sang des épileptiques 412
- H. SCHIEFFER. — Le liquide céphalo-rachidien dans les tumeurs cérébrales 412
- H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, P. MASQUIN et Mlle BONSAUD. — Les polypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale 413
- S. DE MAURO. — La courbe glycémique dans la schizophrénie 411
- G. CAMPAILLA et L. TELATIN. — Rapport entre la courbe leucocytaire et le phénomène d'obstacle de Donaggio dans l'urine pendant la fièvre provoquée 414

- N.-I. POGUMKO. — De la durée de l'incubation de la malaria inoculée chez les paralytiques généraux et de son évolution en rapport avec les groupes sanguins et la constitution... 411
- A. TOMASINO. — Fonctionnement rénal dans les maladies mentales 411
- C. TERRON. — Le métabolisme de l'eau dans la genèse de l'épilepsie 413
- S. GARRETTO et A. ROMERO. — L'épreuve de l'hyperventilation chez les épileptiques 413
- G. DE NIGRIS et G. MARIANI. — De l'action cataleptogène de la toxine paratyphique B ... 415
- G. DE NIGRIS et G. MARIANI. — Enceinte sur l'action cataleptogène de la toxine paratyphique B 415
- G. MARINESCO, O. SAGER et A. KREINDLER. — Etudes électro-encéphalographiques. Le sommeil naturel et le sommeil hypnotique 416

Hygiène et prophylaxie.

- R. MARTIAL. — L'apport de la race dans les maladies mentales héréditaires 416
- G. WAD. — La loi danoise de stérilisation 416
- N. von HOFSTEN. — La stérilisation en Suède 416
- P. POPENOK. — Progrès de la stérilisation aux Etats-Unis 417
- V. LUSIEWSKI. — Raisons sociales et psychiatriques de la restriction de la natalité 417

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
 -- -- les affections nerveuses et mentales -- --
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux -- --
Institut psychopédagogique annexe (pupillographie, etc.)
 -- -- Villa pour enfants anormaux -- --
 Médecin en chef : D^r W. BOVEN, Prof. de psychiatrie
 et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838
 Collaborateurs : D^r O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un. de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.
 -- -- -- M^{me} le D^r CALAME -- -- --

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près *NYON* (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
||| Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares |||



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malarothérapie) — Laboratoire d'analyses — Rayons X — Cabinet dentaire

	 Divers ateliers très bien aménagés		
		Etudes et leçons particulières dans l'établissement		
	 Sports d'été et sports d'hiver		
		.. Trois tennis — Bains du lac — Equitation ..		

Quatre médecins assurent les traitements.
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Rivaprangins, Nyon { Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Docteur à l'Université de Genève.

Assistance.

- M. DESRUILLÈS et H. BERSOY. — L'assistance des aliénés en Europe. Aperçu historique et statistique 117
- J.-C. MILLER et A. PELLETIER. — Considérations médico-pédagogiques sur la population actuelle de l'Ecole La Jemmerais 117
- H. BERSOY. — L'instruction du personnel des établissements psychiatriques en Suisse 118
- MONGENTHAUER. — De la formation du personnel des Asiles d'aliénés en Suisse 118

Thérapeutique.

- A. BROUSSEAU. — La thérapeutique convulsivante de la schizophrénie 119
- K.-Th. DESSLER et M. SARLE. — Résultats du traitement de la schizophrénie par le choc hypoglycémique 119
- G. BYCHOWSKI, M. KALZYNSKI, C. KONOPKA et K. SZCZYŹ. — Recherches sur le traitement des maladies mentales par l'insuline 120
- J. BONSNOWICK et St.-WYLIK. — Les résultats du traitement par l'insuline dans les cas de schizophrénie récente 120
- H. SALM. — Syndromes de torpeur consécutifs au traitement de la schizophrénie par le choc insulinaire 121
- L. GRIMALDI et A. TOMASINO. — Traitement de la sitophobie par le choc insulinaire 121
- Ch. PALISA et M. SARLE. — Contribution à la phé-

nomenologie de l'état hypoglycémique au cours du traitement insulinaire des psychoses 121

- I. GRIMAL. — Le traitement hyperthermique par le « pyrifer » dans la thérapeutique de la schizophrénie et de la paralysie générale 122
- H. SUCROW. — Les résultats de la malarithérapie de la paralysie générale progressive et leur appréciation critique 122
- F.-I. TARSIS et J.-U. LANDESMANN. — Les résultats éloignés de la malarithérapie dans la neurosyphilis 123
- G. COLOGNESE. — Epilepsie et cure bulgare 123
- G. PENO et A. RUSSO. — Diurétiques mercuriels et épilepsie 123
- G. DE NIGRIS. — L'opothérapie antisexuelle selon Ceni et son action sur les états d'éréthisme des adultes psychopathes et criminels 124
- N.-A. CHEVELEY. — Narcose prolongée dans le traitement des psychoses 124
- B.-L. LANDROP. — L'emploi de la narcose prolongée dans la pratique psychiatrique 124
- B. CARAYEDO. — Conception moderne de la thérapeutique par le travail 124
- Mme J. SKRZAPINSKA. — Traitement des enfants arriérés par la diéctrolyse transcérébrale à l'iode et au calcium 125
- P. TOMESIO et S. CONSTANTINESCO. — Sur le traitement de l'ictus paralitique 125

Médecine légale.

- G. HEYER. — Considérations sur quelques faits de délinquance juvénile 125

(Suite du sommaire page XIV).

Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggensbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY
(Suisse)



TÉLÉPHONE
52.008

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes
et le Lac Léman*

TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY

Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY

Un Médecin-Assistant

NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

J. ROUBINOVITCH et Mlle BUGNION. — Neuro-psychiatrie médico-légale et sociale du vagabondage des garçons	425
J.-C. MILLER. — De quelques aspects maladroits de	

la délinquance juvénile	426
MAUS. — La loi belge du 15 mai 1912 sur la protection de l'enfance. Son application, ses résultats, ses lacunes ?	428

VARIÉTÉS

Société Médico-Psychologique :

Séances	427
Hôpitaux psychiatriques :	
Néerologie	427
Distinctions honorifiques	427
Nominations	428
Postes vacants	428
Concours pour quinze postes de médecin des Hôpitaux psychiatriques	428
Concours pour deux postes de médecin-chef des Hôpitaux psychiatriques de la Seine... ..	429
Cinquantième de la Fondation de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux psychiatriques de la Seine	429

Réunions et Congrès :

XVII ^e Réunion Neurologique Internationale annuelle	430
XI ^e Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie de langue française	430
Groupement français d'études de neuro-psychopathologie infantile	430
Société suisse de Psychiatrie	431
Réunion annuelle de l'American Psychiatric Association	431
Néerologie :	
Georges Petit (1883-1938)	431

INFORMATIONS

Congrès International de cosmobiologie (2 au 6 juin 1938)	XVIII
---	-------

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r CL. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHIMIOTHÉRAPIE

STOVARSOL SODIQUE

4 oxy 3-Acétylamino - phényl
1 Arsinate de sodium

AMPOULES dosées
à 0,gr50 et 1gr.

INJECTIONS
Sous-Cutanées ou
Intramusculaires

PYRÉTHÉRAPIE

DMELCOS

émulsion stabilisée
de bacilles de Ducrey

AGENT PYRÉTOGÈNE
RÉGLABLE À VOLONTÉ

AMPOULES
de 1/2 cc. à 3 cc

INJECTIONS
Intraveineuses

322001015

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon — Paris —



CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris
Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du Lac de Bienne

Installations
modernes
et confortables

2 médecins



Nombre restreint
de malades

Vastes parcs
ombragés

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

INFORMATIONS

CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

PRÉSIDENTS D'HONNEUR

MM. d'ARSONVAL, de l'Institut et du Collège de France (Radiologie).
— A. LUMIÈRE, Correspondant de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences (Biologie).

COMITÉ DE PATRONAGE

MM. A. DUSTIN, Recteur de l'Université de Bruxelles. — Le Recteur de l'Université de Gand.

MM. de BEULE, Doyen de la Faculté de Médecine de Gand. — CORNIL, Doyen de la Faculté de Médecine de Marseille. — DUBOIS, Doyen de

(A suivre, page d'annonces XIX).

ALLOCHRYSINE LUMIÈRE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES
Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT
Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS
A UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

S^{te} A^{me} des Produits Chimiques Spéciaux " BREVETS LUMIÈRE "
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

la Faculté de Médecine de Lille. — EUZIÈRE, Doyen de la Faculté de Médecine de Montpellier. — FORSTER, Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg. — GORSE, Doyen de la Faculté de Médecine de Toulouse. — LÉPINE, Doyen de la Faculté de Médecine de Lyon. — LÉPOUTRE, Doyen de la Faculté de Médecine Libre de Lille. — MAURIAC, Doyen de la Faculté de Médecine de Bordeaux. — SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy. — TIFFENEAU, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris. — TIMMERMANS, Doyen de la Faculté des Sciences de Bruxelles. — Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Alger. — ESCLANGON, de l'Académie des Sciences, Directeur de l'Observatoire de Paris. — LABANDE, Membre de l'Institut de France, Directeur du Musée d'Anthropologie de Monaco. — MARCLAND, Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges. — GUILLAUME-LOUIS, Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours. — VERNET, Directeur de l'Ecole de Médecine de Poitiers.

(A suivre, page d'annonces XX).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE ET MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

COMITÉ DE DIRECTION

MM. AIMES, Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier. — ANNES DIAS, Professeur à la Faculté de Médecine de Rio-Janeiro. — BERTUZZI, Régent de la Section Radiobiologique du Centre International des Recherches (Venise). — BOUTARIC, Professeur à la Faculté des Sciences de Dijon. — CABANNES, Maître de Conférences à la Sorbonne. Correspondant de l'Académie des Sciences. — DAUZÈRE, Directeur de l'Institut de Physique du Globe à l'Observatoire du Pic du Midi. — DÉJARDIN, Professeur de Physique Générale à l'Université de Lyon. — DESOGUS, Professeur à la Clinique des Maladies Nerveuses et Mentales (Cagliari, Sardaigne). — DUHOT, Professeur à la Faculté de Médecine de Lille. — DURAND-FARDEL, Président du Syndicat National des Médecins des Stations Thermales, Marines et Climatiques de France. — D^r M. FAURE, Président de la Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen, Membre de l'Académie

(A suivre, page d'annonces XXI).

Epilepsie

ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Echantillons & Littérature

LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS

CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

de Médecine de Gênes. — D^r FOVEAU de COURMELLES (Paris), de la Société de Pathologie Comparée et de la Société Française d'Hygiène.

GERAUD, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — GUARD, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. — HOULLEVIGUE, Professeur agrégé à la Faculté des Sciences d'Aix-Marseille. — JAUSION (Paris), Professeur agrégé à l'Ecole de Médecine Militaire du Val-de-Grâce. — LABBÉ, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. — LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Membre de l'Académie de Médecine. — LAHMARQUE, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — LOPEZ MARTINS, Professeur à la Faculté de Médecine de Porto. — MEMERY, Directeur de l'Observatoire de Talence (Bordeaux). — MERKLEN, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. — MIGNON, Directeur du Centre Universitaire Méditerranéen (Nice). — MOURRIQUAND, Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon. — OXNER, Chef de Labo-

(A suivre, page d'annonces XXII).

III

CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●
Dr Marcel DIERS

◆
Climat toni-sédatif

MAISON
de Traitements
de Repos ———
de Régimes ———

~~~~~  
Affections nerveuses  
Intoxications  
Convalescences  
●

III  
Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu  
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --  
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

ratoire à l'Institut Océanographique de Monaco. — PECH, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. — PENDE, Professeur à l'Université Royale de Rome. — PENNIN, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. — PIÉRY, Professeur de Climatologie à la Faculté de Médecine de Lyon. — FÉLIX REGNAULT, ancien Président de la Société Préhistorique Française. — JULES REGNAULT (Toulon), ancien Professeur à l'Ecole de Médecine Navale. — RICHARD, Directeur de l'Institut Océanographique de Monaco. — RIZZO, Président de la Société Météorologique Italienne. — ROFFO, Directeur de l'Institut de Médecine Expérimentale de l'Université de Buenos-Aires. — RAPPERT, Directeur de la Clinique Chirurgicale de l'Université de Vienne. — SAIDMAN, Directeur de l'Institut d'Actinologie de Paris. — MARQUES DOS SANTOS, Professeur de Pathologie Générale à l'Université de Coimbra. — G. SARDOU (Nice). — TAXON, Professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Directeur de l'Institut d'Hygiène. — SCHAU MASSE, Astronome de

(A suivre, page d'annonces XXIII).

# NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur  
1 gr. par cuillerée à café

**SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES**

*Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque*

# NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif  
en cachets solubles

**MÉDICATION D'ATTAQUE**

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

# CANTÉINE

BOUTEILLE

(Crataegus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)  
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés  
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --  
Échantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17<sup>e</sup>)

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

l'Université de Paris, à l'Observatoire de Nice. — VAN DER HOEVEN LEONHARD, Président du Comité Scientifique Franco-Hollandais (Hilversum, Hollande).

*Universités, Instituts, Observatoires et Laboratoires  
ayant adhéré au Congrès*

Académie de Médecine de New-York. — Centre National d'Agriculture de la République de Costa-Rica. — Institut Carnégie de Washington. — Institut de Recherches Scientifiques de New-York. — Harvard College Observatory (Cambridge, Massachusetts). — Muséum d'Histoire Naturelle de New-York. — Observatoire Fabra (Généralité de Catalogne). — Sociedad Científica Argentina (Buenos Aires). — Université de Zurich.

Secrétariat : 24, rue Verdi, Nice. Téléphone 897-13.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

### Thèmes du Premier Congrès International de Cosmobiologie

L'Assemblée constitutive du premier *Congrès International de Cosmobiologie* s'est réunie, sous la présidence de M. G. Hanolaux, de l'Institut de France, devant les représentants des Stations climatiques de la Côte d'Azur, après plusieurs Assemblées préparatoires tenues en 1936 et 1937, sur les convocations de la Société Médicale de Climatologie et d'Hygiène du Littoral Méditerranéen français, de la Société Médicale de la Principauté de Monaco, et de l'Association Internationale pour l'Etude des Radiations solaires, terrestres et cosmiques. Les Thèmes des Etudes du Congrès ont été définitivement fixés ainsi :

1°. — *Préhistoire, Protohistoire et Histoire des connaissances concernant l'action des forces de l'Univers sur la Vie terrestre.*

2°. — *Notions d'Astronomie et d'Astrophysique ; la Couronne solaire.*

(A suivre, page d'annonces XXV).

## MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

**6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE**

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes  
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie  
Rayons ultra-violets

### PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

**CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE**

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins  
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

re) les périodes d'effervescence solaire (Orages, Eruptions, Protubérances, Taches) et leur retentissement terrestre.

3°. — *Le Spectre solaire, l'ultra-violet et l'infra-rouge : actions biologiques, pathologiques, thérapeutiques. — Les autres Radiations émises par le Soleil.*

4°. — *Les Rayons ondulatoires ou corpusculaires dits « Cosmiques ». — La haute Atmosphère et le Magnétisme terrestre.*

5°. — *La Météorologie, dans ses relations avec les manifestations morbides, d'une part; — avec l'électricité atmosphérique et les influences cosmiques, d'autre part. — La constitution des Micro-climaux et leur utilisation en Médecine et en Botanique.*

6°. — *La conductibilité électrique et l'ionisation de l'Air: leur action éventuelle sur les Etres vivants. — La radio-activité des roches et du sol: action biologique, pathologique et thérapeutique. — Les Eaux thermales et minérales.*

(A suivre, page d'annonces XXVI).

## CLINIQUE PRIVÉE

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

# KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intra-rachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapeutiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

## CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

Le Congrès sera tenu du 2 au 6 juin prochain (Vacances de la Pentecôte) à *Nice, Monaco* et *Menton*, sous la Présidence d'Honneur de M. d'ARSONVAL, Membre de l'Institut et du Collège de France, pour la partie radiologique ; — de M. A. LUMIÈRE, Correspondant de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine, pour la partie biologique ; — et le patronage des Doyens de toutes les Facultés de Médecine française, avec le Concours de Représentants des Universités, Observatoires et Associations scientifiques de France et des autres Nations.

L'ouverture du Congrès aura lieu au Centre Universitaire de Nice le jeudi 2 juin à 15 h. Les Séances du vendredi 3 juin seront tenues dans le même Centre, à l'Office météorologique de la Ville de Nice et à l'Observatoire de Nice-Mont-Gros ; — puis, les 4 et 5 juin, dans la Salle de la Société des Conférences de Monaco, au Musée d'Océanographie, au Musée d'Anthropologie et au Bureau Hydrographique

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

### Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère) Près LYON

Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON

#### Direction médicale

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.  
Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

### MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.



## CHOIX d'un NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ POUR LA PRATIQUE COURANTE

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base ; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la *sed'hormone*, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° Chez les **insomniques**, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **ménopause** et dans l'**âge mûr**.

2° Dans le **mal comitial**, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° Chez les **petits nerveux, surmenés, obsédés, anxieux, névropathes**, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° **Cure des toxicomanies** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° Chez l'enfant, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Enurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du **mal de mer**. — Diminution des premières douleurs de l'**accouchement** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **Anesthésie de base chirurgicale**.

### PRESCRIRE LA SED'HORMONE à la dose de

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour

Chez l'enfant : 1 à 4 dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale : 1 à 4 Suppositoires.

---

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges -- PARIS, IV<sup>e</sup>

## CONGRES INTERNATIONAL DE COSMOBIOLOGIE

Première session : 2 au 6 juin 1938

(Suite)

International de la même Ville; — enfin, le 6 juin, dans les grottes préhistoriques de Grimaldi et le laboratoire du Dr Voronoff.

Des Visites au Musée historique de Nice (Villa Masséna), à Beaulieu, au Monument d'Auguste à la Turbie, au Château de Roquebrune, au Palais des Princes de Monaco, aux Jardins exotiques, auront lieu au cours du Congrès; — un Concert, par le grand orchestre du Casino de Monte-Carlo, sera offert par la Société des Bains-de-Mer dans la soirée du 4 juin; — une Réception sera donnée par la Municipalité de Monaco dans la soirée du 6 juin, et une fête du Folklore sera présentée, dans l'après-midi du 6 juin, au Cap-Martin.

La composition des Bureaux et des Comités, la liste des Rapports et des Communications seront prochainement publiées. Toutes les demandes de renseignements, d'adhésions et de présentations de travaux doivent être dès à présent adressées au Secrétariat du Congrès, Dr M. FAURE, *Président de la Société Médicale du Littoral*, 24, rue Verdi à Nice..



### VILLA LUNIER à BLOIS

**consacrée aux maladies mentales**

Cet établissement, fondé en 1880 par l'éminent Dr LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 350 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.000 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

**Médecin en Chef-Directeur : Dr OLIVIER**

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

# SOMMAIRE DU N° 4 (tome I), AVRIL 1938

## MÉMOIRES ORIGINAUX

|                                                                                                                                       |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| BABOIS, CORCELLE et BERTHON. — Etude systématique de la circulation rétinienne chez un groupe de déments séniles ou pré-séniles ..... | 436 |
| J. DEILLER. — Des ulcérations gastriques chez les aliénés .....                                                                       | 451 |
| L. MIKROWSKI. — A propos de l'hygiène mentale .....                                                                                   | 467 |

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

*Séance du lundi 25 avril 1938*

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Adoption du procès-verbal .....                                                                   | 486 |
| Correspondance .....                                                                              | 486 |
| A. FLEISSNER. — L'enseignement de Magnan à l'Asile Clinique Sainte-Anne. Quelques souvenirs ..... | 487 |
| LUCIEN-LÉVY-SASSIER et H. MIGNOT. — Scolisme                                                      |     |

avec hallucinations lilliputiennes d'origine épileptique .....

|                                                                                                                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| P. CHATAGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATAGNON. — Les psychoses intermédiaires entre la démence précoce et la psychomaniaque-dépressive. Importance du bilan des fonctions vitales ..... | 494 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

(Suite du sommaire, page II).

# MAISON DE SANTÉ

— D'IVRY-SUR-SEINE —

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

## MALADIES MENTALES & NERVEUSES

**NOMBREUX PAVILLONS**  
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

**Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS**  
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris  
**Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS**

## SOCIÉTÉS

### Société de Neurologie de Paris

Séance du 3 mars 1938

- BOURGUIGNON et LAIGNEE-LAVANTINI. — A propos du procès-verbal. Sur le signe de Babinski dans la poliomyélite ..... 516
- POROT. — Deux observations de syndrome d'Adie ..... 516
- Th. ALAJOUANINE et OLIVIER. — Sur une affection caractérisée par des crampes diffuses et intenses d'un membre supérieur, puis une atrophie musculaire progressive avec fibrillations et signes pyramidaux, puis une terminaison fatale par cachexie, troubles bulbares et stupeur ..... 517
- Th. ALAJOUANINE. — Un cas de sclérose latérale amyotrophique ..... 517
- J.-A. BAHRÉ et A. CHARBONNEL. — Hypotonie et aréflexie tendineuse des quatre membres, mys-

tagmus, troubles cérébelleux et dissociation syringomyélique scapulo-humérale survenus à titre épisodique, au cours d'une paraplégie spasmodique par tumeur dorsale extradurale ..... 517

Séance du 31 mars 1938

- J.-A. BAHRÉ, KABAKER et CHARBONNEL. — Hémiplegie purement déficitaire, symptomatique d'une tumeur sous-corticale sans hypertension du liquide céphalo-rachidien, ni stade papillaire ..... 518
- Th. ALAJOUANINE et HORNET. — Un cas de lésion du faisceau central de la calotte avec retentissement olivaire sans myoclonie du voile (Étude anatomique) ..... 518
- J. LHERMITTE. — Un cas d'amyotrophie myélopathique progressive consécutive à l'injection de sérum antitétanique ..... 518
- Th. DE MARTEL et GUILLAUME. — Considérations étiologiques sur la maladie de Simmonds, à

(Suite du sommaire page IV).

## CHATEAU

DIRECTEUR : D<sup>r</sup> Gaston MAILLARD  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière  
Médecin-adjoint : D<sup>r</sup> Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —  
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

## L'HAY-LES-ROSES



INSTALLATION  
DE  
PREMIER ORDRE  
Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-  
LES-ROSES  
(SEINE)  
TÉLÉPHONE : 5

AFFÉCTIONS DU SYSTÈME NERVEUX  
- CURES DE DÉSINTOXICATION -  
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

# CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison  
de Santé  
de Repos  
de Régimes

FONDÉE PAR  
M. le D<sup>r</sup> MAGNAN  
Membre de  
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

## HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D<sup>r</sup> FILLASSIER O. \*      D<sup>r</sup> DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

propos d'un cas de diabète insipide chez un jeune enfant ayant été opéré pour dégénérescence kystique cholestéatomateuse ..... 519

J. TISEL. — Etude anatomique d'un cas de rage humaine ..... 519

Ch. SARROUY. — Atrophie musculaire progressive de type Charcot-Marie, associée à une névrite optique rétro-bulbaire et à une polyglobulie ..... 519

J. LUERMITTE. — Un cas de prématuration sexuelle liée à l'hydrocéphalie ..... 520

## Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 26 mars 1938

J. LEY. — La thérapeutique des anomalies sexuelles graves par la castration. A propos d'un cas d'exhibitionnisme opéré et guéri. 520

P. VERVAECK. — Les chances de survie et guérison des paralytiques généraux ... 521

## Société belge de Neurologie

Séance du 26 mars 1938

A. DEWULF. — Une nouvelle méthode d'imprégnation des neurofibrilles ..... 522

DEBIEU et DAGNEL. — Syndrome d'algie phrénique. Passage de l'influx nerveux au niveau du ganglion étoilé ..... 522

M. A. GHEBETZOFF. — Le problème de la localisation et des ataxies corticales (comme conclusion à des recherches anatomo-expérimentales) ..... 523

M. LEROY. Anomalie vertébrale et troubles radiculaires ..... 524

CHUSTOPIN et DIBRY. — Médulloblastome kystique de l'adulte ..... 524

(Suite du sommaire, page VI).

# CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète, Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m<sup>2</sup>. Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

## ÉTIOLLES (S.-&-O.)

### ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Éducation et Traitement  
des déficients intellectuels  
à tous les degrés

#### DIRECTEURS

D<sup>rs</sup> M. et J. de CHABERT

de 2 à 5 heures  
sauf jeudis et dimanches  
25 km. de PARIS

gare Evry-Petit-Bourg (P.-L.-M.)

Arrêt des autocars Citroën

17 - 18 - 29 : Dép. de Paris,

pl. Denfert-Rochereau

Tél. Corbeil 226

# VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES  
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION

REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

*Cures de désintoxication*

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



*12 chalets pourvus du confort moderne  
disséminés dans un parc de 5 hectares.  
Chambres ou appartements à plusieurs pièces*

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins  
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

## RÉUNIONS ET CONGRÈS

### Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française.

XLII<sup>e</sup> Session (Alger 6-11 avril 1938)

Discours inaugural ..... 526

#### RAPPORT DE PSYCHIATRIE

D. SANTENOISE. — Les troubles neuro-végétatifs dans les maladies mentales ..... 527

#### RAPPORT DE NEUROLOGIE

P. NATRAC. — Les formes cliniques inhabituelles de la neurosyphilis ..... 530

#### RAPPORT D'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE

H. AUBIN. — L'assistance psychiatrique indigène aux colonies ..... 533

#### I. COMMUNICATIONS DE PSYCHIATRIE

J. DUBLINEAU. — Sur la pathogénie de certaines formes frustes de neurosyphilis ..... 535

L. MARCHAND, VIGNAUD et J. PICARD. — Forme inhabituelle de paralysie générale : méningo-encéphalite chronique et réactions humorales négatives ..... 535

A. POROT, BARDENAT et SUTTER. — Bouffées délirantes et convulsions chez une syphilitique ; hémiplegie après injections de bismuth. 533  
MOLIN DE TEYSSEIEU. — Syphilis nerveuse latente et délinquance morbide ..... 533

A. POROT, BARDENAT et SUTTER. — Un cas d'échokinésie chez un indigène ..... 536

L. MARCHAND et G. DEMAY. — Psychose hallucinatoire chronique et sarcomatose diffuse méningée ..... 536

J. LAUZIER et P. GUILLEMINOT. — Un cas de délire d'interprétation à thème radiesthésique ..... 536

P. HARTENBERG. — La digestion chez les épileptiques ..... 536

MAZHAR OSMAN UZMAN. — L'abcès de fixation dans le traitement des psychoses aiguës. 536

H. BERSOT et J. DESRUELLES. — Notes historiques sur l'assistance des aliénés en Afrique du Nord ..... 536

#### II. COMMUNICATIONS CONCERNANT L'INSULINOTHÉRAPIE

P. COMBEMALE, H. WAREMBOURG et D. PARSY. — Recherches sur le mécanisme d'action de l'insulinothérapie ..... 537

(Suite du sommaire, page VIII).

## *Ecole du Docteur Henriette Hoffer*

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE  
POUR ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES  
(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : D<sup>r</sup> H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

I, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45



# SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot      Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --  
des affections du Système nerveux, des  
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes  
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et soignée.  
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés  
- - dans un parc fleuri de 2 hectares - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,  
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.  
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.  
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- **D<sup>r</sup> P. ALLAMAGNY** -- --

avec la collaboration du D<sup>r</sup> VIGNAUD,  
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves  
-- -- et d'un médecin assistant -- --

|                                                                                                       |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. BERSOT. — De l'influence de la vitamine B <sub>1</sub> sur l'hypoglycémie insulinaire .....        | 537 |
| J. TRILLOR. — Essai d'insulinothérapie dans la thérapeutique de certaines maladies mentales .....     | 537 |
| A. MERLAND et J. CANBASSÈDES. — Du traitement des états de sitrophobie par l'insuline. 537            |     |
| J. TRILLOR. — Etat de stupeur chez une confuse diabétique. Guérison par les choes insulini-ques ..... | 537 |
| BARDENAT et SUTTER. — Un cas de résistance à l'insuline .....                                         | 538 |

### III. COMMUNICATIONS DE NEUROLOGIE

|                                                                                          |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| H. ROGER et J. ALLIEZ. — Sclérose en plaques et syphilis nerveuse .....                  | 538 |
| DUMOLARD, SARROUY et PORTIER. — Réflexions au sujet de la coexistence de l'hérédodégéné- |     |

|                                                                                                                                                                                   |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ration spino-cérébelleuse et du syndrom splénomégalie chronique avec anémie ...                                                                                                   | 538 |
| MAZIAN OSMAN UZMAN et H. DILER. — A propos de l'étiologie des méningites .....                                                                                                    | 538 |
| A. CRÉMEUX et M. TEITELBAUM. — Séquelles de myélite ascendante au cours de la vaccination antirabique .....                                                                       | 538 |
| H. ROGER, J. PAILLAS et J. BOUDOURRESQUES. — Gangrène des extrémités inférieures au cours d'une forme pseudo-polynévritique de sclérose latérale amyotrophique à marche lente 538 |     |
| DUMOLARD, SARROUY, SCHOUSSBOE et TILLIER. — Syndrome de Basedow. Rétrécissement du champ visuel. Troubles de la pigmentation cutanée. Radiothérapie hypophysaire .....            | 539 |
| H. CHRISTOFFEL. — Quelques remarques sur l'encéphalite .....                                                                                                                      | 539 |

## ANALYSES

### JOURNAUX ET REVUES

#### Neuro-psychiatrie.

|                                                                                                           |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| B. POMMI. — L'enseignement de la neuro-psychiatrie et du service de santé militaire au Val-de-Grâce ..... | 540 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

|                                                                                                   |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J. MAZARKIEWICZ. — Localisation des fonctions psychiques .....                                    | 540 |
| M. SCHRODER. — Etudes sur le test de témoignage de W. Stern et sa valeur pour le diagnostic ..... | 541 |
| L.-M. ZAKRINE. — L'hallucinosé mésentécephalique .....                                            | 541 |

(Suite du sommaire, page X).

# CHATEAU DU BEL-AIR

VILLENEUVE-St-GEORGES, 15 minutes de Paris

65 trains par jour dans chaque sens

Voitures à la gare de Villeneuve-St-Georges : Trajet en 3 minutes

**PARC**  
de 8 hectares  
à  
flanc de coteau  
au midi  
—  
**Confort Moderne**  
—  
**CHAMBRES**  
avec  
Salles de bains  
privées



**Cures de Repos**  
**Convalescences**  
**Régimes**  
**Désintoxications**  
**Psychothérapie**  
**Héliothérapie**  
**Malariathérapie**

**MÉDECINS**  
**SPÉCIALISTES**  
résidant  
au Château

**D<sup>r</sup> H. MEURIOT & REVAULT D'ALLONNES**

Ancienne Maison de Santé fondée par le D<sup>r</sup> Blanche à Passy

Téléphone 244 à Villeneuve-St-Georges

PRIX MODÉRÉS. — NOTICES ILLUSTRÉES SUR DEMANDE

# DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT  
TOUTE  
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS  
-- -- dans un parc de 100 hectares -- --

==== Indication spéciale de cure pour : ====  
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des  
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent  
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la  
==== NUTRITION =====

## Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,  
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-  
trothérapie. Radiologie.

## Dans le parc : Les Hôtels

### HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de  
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans  
la suppression des bruits.

### HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

### LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à prix modérés. Recommandé aux  
familles.

### LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des  
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés  
avec orchestre.

### MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.  
Laboratoires d'analyses.

Distractions Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.  
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

|                                                                                                                                                               |     |                                                                                                                                                                                                  |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| J.-I. LIBERMANN — Les réflexes cervicaux toniques chez les malades psychiques .....                                                                           | 541 | V. CHRISTIANSEN. — Contribution à la patho-physiologie de la migraine .....                                                                                                                      | 543 |
| F. CARDONA — Contribution à l'étude de la pathogénie du signe d'Argyll-Robertson ...                                                                          | 542 | P. MASQUIN. — L'énurésie infantile complexe psycho-biologique .....                                                                                                                              | 546 |
| I. ROST. — Contribution au problème du syndrome d'Adie .....                                                                                                  | 542 | Mme D. CODER. — Enurésie, symptôme psychogène .....                                                                                                                                              | 546 |
| DRABOVITCH. — Les réflexes conditionnés et la chronaxie .....                                                                                                 | 542 | N. K. BOGOLKPOV. — L'hypnose et le système nerveux végétatif .....                                                                                                                               | 546 |
| P. MEIGNANT. Neuro-psychiatrie infantile et réflexes conditionnés .....                                                                                       | 542 | G. LANGFELDT. Troubles <i>sui generis</i> de la motilité (en partie conditionnés organiquement) chez un malade présentant un ensemble de symptômes paranoïaques chroniques hallucinatoires ..... | 547 |
| A. HESNARD. L'hystérie névrose d'expression .....                                                                                                             | 543 | N. V. KANTOROWITCH. L'enseignement fourni par l'observation de la morphinomanie au dispensaire .....                                                                                             | 547 |
| WEYGANDT. L'hystérie comme maladie héréditaire .....                                                                                                          | 543 | B. N. SERATIMOW. — Les réactions du type exogène au cours de l'infection brucellienne. 547                                                                                                       |     |
| K. CONRAD. Héritéité et épilepsie .....                                                                                                                       | 543 | M. MAZZEI. — Contribution à la pathogénie des manifestations psychiques et des troubles de l'instinct sexuel des formes tardives d'encéphalite épidémique .....                                  | 548 |
| A. LANGELÜDDEKE. — L'importance de diagnostic différentiel des convulsions provoquées par le cardiazol .....                                                  | 544 | O. MECO. Syndrome délirant-hallucinatoire provoqué chez les encéphalitiques soumis à la « cure bulgare » .....                                                                                   | 548 |
| G. CAMPAILLA. L'accès épileptique provoqué par le cardiazol au point de vue de la pathogénie et du diagnostic en neuro-psychiatrie 545                        |     | MARTINI et FOGGIA. Mongolisme chez un jeune dont le frère est normal .....                                                                                                                       | 548 |
| K. A. SKVORTZOV et A. SKIPENTOV. De l'épilepsie symptomatique ayant des caractères hystéroïdes et évoluant sur un terrain infectieux à allure chronique ..... | 545 |                                                                                                                                                                                                  |     |
| P. MATZDORFF. Rapports entre les formes paroxystiques, migraineuses et épileptiques 545                                                                       |     |                                                                                                                                                                                                  |     |

(Suite du sommaire, page XII).

# LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

## CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes  
 -- -- les affections nerveuses et mentales -- --  
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux --  
 -- Institut psychopathologique annexe (pupillographie, etc.) --  
 -- -- Villa pour enfants anormaux -- --  
 Médecin en chef : Dr W. BOVEN, Prof. de psychiatrie  
 et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838  
 Collaborateurs : Dr O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un. de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.  
 -- -- -- M<sup>me</sup> le Dr CALAME -- -- --

# LES RIVES DE PRANGINS

*PRANGINS près NYON (Suisse)*

## ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||||  
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --  
-- -- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --  
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares



## TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion  
Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline,  
pyréthothérapie, malarothérapie) -- Laboratoire d'analyses -- Rayons X --  
Cabinet dentaire

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||  
-- -- Etudes et leçons particulières dans l'établissement -- -- |||||  
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- -- |||||  
-- -- Trois tennis -- Bains du lac -- Équitation -- |||||

Quatre médecins assurent les traitements.  
Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre  
de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les  
cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique : ||||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441  
Rivaprangins, Nyon ||||| Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D<sup>r</sup> O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

|                                                                                                                               |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| W. HEIMANN. — Tabès et psychoses .....                                                                                        | 549 |
| A. KRAL et H. LEFFMANN. — Du problème des letus dans la paralysie générale .....                                              | 549 |
| M. KACZYNSKI. — L'œuvre de création littéraire dans un cas de paralysie générale avec aphasie .....                           | 549 |
| M. FORSTMEYER et Ch. PALISA. — Réapparition de modes réactionnels infantiles précoces en cas de désagrégation cérébrale ..... | 550 |
| R. PASQUAINI. — L'atrophie cérébrale circonscrite ou maladie de Pick .....                                                    | 550 |
| M. MEIERHOFER. — Psychoses atypiques dans une famille atteinte de chorée de Huntington .....                                  | 550 |
| Mme M. M. ALEXANDROWSKA. — Les psychoses dans les tumeurs ectodermiques du cerveau. 551                                       | 551 |
| I. B. STERN et N. A. BASKINA. — Contribution à l'étude de la cysticercose multiple du cerveau .....                           | 551 |

## Psychologie.

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| A. MINOGLIO. — Trois réfutations du parallélisme psycho-physiologique .....                         | 551 |
| Le troisième centenaire du discours de la méthode (in <i>Revue philosophique</i> de mai 1937) ..... | 552 |

## Anatomie.

|                                                                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| G. GANDER. — Un cas de lipome du corps callosus .....                                                                                                                 | 552 |
| P. NICAUD, M. BOLGERT et J. GERBEAUX. — Pan-vascularite cérébrale diffuse d'origine virale semblablement traumatique .....                                            | 552 |
| N. FJESSINGER, L. CORNIL, Y. POURSIÈRES et J. PAILLAS. — Les lésions encéphaliques consécutives à la fistule d'Eck .....                                              | 552 |
| H.-M. ZIMMERMANN. — Les altérations histologiques du système nerveux en cas d'avitaminoses expérimentales A, B (E <sub>1</sub> ) et G (E <sub>2</sub> ). 553          | 553 |
| I. BERTRAND, H. CARRÉ et F. LUCANT. — La tremblante du mouton (Recherches histo-pathologiques) .....                                                                  | 553 |
| N. ZAND. — A propos de la pathologie des méninges cérébro-spinales .....                                                                                              | 553 |
| C. BOUKIS. — Contribution au problème des atrophies musculaires médullaires .....                                                                                     | 554 |
| J. TINEL, G. UNGAR, A. GROSSIORD et J.-L. PAUROT. — Recherches sur la production expérimentale de lésions abdominales par l'excitation des racines postérieures ..... | 554 |
| G. CARRIÈRE et Cl. HUBERT. — Les neurinomes intra-thoraciques au cours de la maladie de Recklinghausen .....                                                          | 554 |

(Suite du sommaire page XIV).

# NEURINASE

Amorce le  
sommeil naturel



Insomnie  
Troubles nerveux

Ech<sup>ons</sup> & Littérature  
LABORATOIRES GÉNÉVRIER  
2 Rue du Débarcadere PARIS

# LES BERGES DU LÉMAN

**VEVEY**  
**(Suisse)**



TÉLÉPHONE  
52.008

## **AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

## **TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES**

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie  
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes  
et le Lac Léman*

## **TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE**

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



**Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY**

**Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY**

**Un Médecin-Assistant**

*NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ*

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS  
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

**Biologie.**

- J. TRACZYNSKI. — Du métabolisme des changements hématologiques chez les schizophrènes traités par l'insuline ..... 553
- S. DI MAURO. — La courbe glycémique dans la démence sénile ..... 553
- S. M. ZEILAN, M.-M. MODER et M.-J. TOUREZKI. — Etat de la barrière hémato-encéphalique dans l'épilepsie infantile du premier âge .... 553
- A. KULROW et A. M. STERNBERG. — Les relations entre les pressions sous-arachnoïdienne, artérielle et veineuse dans les affections organiques du système nerveux ..... 556
- C. RIZZO. — La réactivation du liquide céphalo-rachidien chez les neuro-syphilitiques .. 556

**Endocrinologie.**

- P. COMBEMALE. — L'action des endocrines sexuelles sur le psychisme ..... 556
- P. FOMESCO et AL. VASILESCO. — Contribution à l'étude du syndrome catatonique dû à l'insuffisance ovarienne ..... 557
- G. BORSEY et M. MOSINGEN. — La neurocrinie hypophysaire et les processus neurocrines en général ..... 557

**Hygiène et prophylaxie.**

- REPOUD. Radio et hygiène mentale .... 558

**VARIÉTÉS****Société Médico-Psychologique :**

- Séances ..... 559

**Réunions et Congrès :**

- VI<sup>e</sup> Congrès de l'Association des Maisons de Santé psychiatriques au Japon ..... 559

**INFORMATIONS**

- XVII<sup>e</sup> Réunion neurologique internationale annuelle (31 mai-1<sup>er</sup> juin 1938) ..... XVIII

- XI<sup>e</sup> Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophthalmologie ..... XXVI

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -

LE BOUSCAT, près Bordeaux

- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON



# KANEURON

**Solution Stable**

le plus maniable —

— le plus assimilable —

le plus actif

des sédatifs phyto-barbituriques  
de par sa forme soluble.

**10 GOUTTES 0,01 de**  
Phényléthylmalonylurée sodique  
Crataegus — Passiflore  
— Paullinia  
*Correctif anti déprimeur*

Stabilisateur type des  
**troubles Vago-sympathiques**  
*Angoisses*  
Sédatif de l'Hyper-excitation.

## SIDÉRANYL

Spasmolytique  
magnésien  
Borotartrate de magnésium

épilepsie et équivalents  
épileptiques (*Vertiges*)  
Instabilité psycho-motrice

## SERVO-FREINYL

Borotartrate Mg et  
Carbonate de calcium  
Phényléthylmalonylurée  
Parathyroïdine, Ergostérol

Troubles du Caractère  
Tics  
Terrain Tétanique

## SPASMOCALCYL

Borotartrate  
Bromure — de Ca  
Iodure  
peptides de levure Biotin

Terrain spasmodophile  
États Convulsifs des  
Enfants

Echantillons et Littérature sur demande aux

**LABORATOIRES LABIOLA** 52 rue de Cambrai  
LILLE NORD

Vitamine B<sup>1</sup> cristallisée

**bévitine**

*Solution injectable: ampoules de 1cc à 0,002 et à 0,01 (BOITES DE 5)*  
*Comprimés dosés à 0,005 (TUBES DE 20)*

**POLYNÉVRITES**

**BÉRIBÉRIQUES  
INFECTIEUSES  
TOXIQUES  
GRAVIDIQUES**

**NÉVRALGIES & NÉVRITES**

*Injectations sous-cutanées  
intramusculaires  
ou intraveineuses*

**TROUBLES DU MÉTABOLISME  
DES HYDRATES DE CARBONE  
PARÉSIES INTESTINALES**

*Traitement par voie buccale*

ODETTE  
ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA**  
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE  
121, RUE JEAN GOUJON - PARIS - (8<sup>e</sup>)



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON de REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS de COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

## ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE

ET

### MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine*

*Médecins-Directeurs*

#### VILLA MONTSOURIS

130, rue de la Glacière

PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40

MARDI, VENDREDI

2 à 5

#### CHATEAU de l'ABBAYE

VIRY-CHATILLON

(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES  
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES

— PRIX MODÉRÉS —

## INFORMATIONS

### XVII<sup>e</sup> REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

31 mai-1<sup>er</sup> juin 1938

La XVII<sup>e</sup> réunion neurologique internationale se tiendra à Paris les mardi 31 mai et mercredi 1<sup>er</sup> juin 1938, à la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin, de 9 h. à 12 h., et l'après-midi, de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude :

#### LA PUPILLE EN NEUROLOGIE.

Par MM. J. BOLLACK, Ed. HARTMANN, A. MONERUN, Ed. VELTER et Aug. TOURNAY, conformément au plan suivant :

(A suivre, page d'annonces XX).



## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

◆  
*Climat toni-sédatif*

MAISON

de Traitements  
de Repos ~~~~~  
de Régimes ~~~~~

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences



Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

TRAITEMENT PHYTOTHÉRAPIQUE DES SYNDROMES SYMPATHIQUES et PARASYMPATHIQUES

ANGOISSE _ ANXIÉTÉ _ INSOMNIE NERVEUSE
TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR
TROUBLES DE LA VIE GÉNITALE, etc...

La Passiflorine RÉAUBOURG

uniquement composée d'Extraits Végétaux
ATOXIQUES



Passiflora
incarnata
Salix alba
Crataegus
oxyacantha

XVII^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Suite)

1^{re} partie. — Reconnaissance et contrôle des troubles pupillaires utilisables en séméiologie neurologique.

1^{re} Etude objective des pupilles au repos. Pupillométrie.

2^{re} Etude objective des réactions pupillaires. Collyres.

2^{re} partie. — Valeur séméiologique et diagnostique des troubles pupillaires :

1^{re} Dans les affections neurologiques d'ordre médical.

2^{re} Dans les affections d'ordre neuro-chirurgical.

3^{re} partie. — Recherche d'explications physiopathologiques.

Pendant la réunion neurologique, les adhérents entendront également l'exposé des travaux du *Fonds Déjerine* :

MM. RISER et VALDIGIÉ. — La nutrition cérébrale.

M. AJURIAGUERRA. — Les polynévrites expérimentales.

M. MOLLARET. — Etude électrophysiologique de la régulation posturale.

(A suivre, page d'annonces XXII).

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

LE

RECONSTITUANT NERVIN RATIONNEL

dont est justiciable

Tout DÉPRIMÉ
SURMENÉ

Tout CÉRÉBRAL
INTELLECTUEL

Tout CONVALESCENT
NEURASTHÉNIQUE



XV à XX gouttes
à chaque repas

XX gouttes = 0,40 de
glycérophosphates
cérébraux (Na.K.Mg.)

6, rue Abel - PARIS (12^e)

ni chaud, ni sucre, ni alcool
aucune contre-indication

MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI^e

Téléphone : ROQUETTE 05-05

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

Pavillons et jardins séparés

Directeur : le D^r Cl. VURPAS

Médecin de La Salpêtrière

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

VILLA PENTHIÈVRE

Maison de Santé et de Convalescence

SCEAUX (Seine) Tél. 12

PSYCHOSES — NÉVROSES



MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BONHOMME, Ancien Interne des Asiles de la Seine

MÉDECINS ASSISTANTS : D^r CODET, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

XVII^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Suite)

l'exposé des travaux du *Fonds Babinski* :

M. KREBS. — Du diagnostic et des indications opératoires dans les complications des traumatismes crâniocérébraux.

M. PLICHET. — Les épilepsies toxiques.

et l'exposé du *Prix Charcot* :

M. ROUQUÉS. — Complications nerveuses des leucémies.

Règlement

des réunions neurologiques internationales annuelles

La Société de neurologie de Paris, dans le but de faciliter les échanges de vues sur les questions neurologiques d'actualité, a institué, chaque année, une réunion neurologique à laquelle participent, outre ses membres nationaux et étrangers, des personnalités scientifiques directement invitées par la Société.

Ces réunions neurologiques ont lieu à Paris. Elles comportent deux jours de travaux avec deux séances par jour.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

Maison de Santé de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie, installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggenbach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

LABORATOIRES AMIDO

A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges, 4 — PARIS, 4^e Arr^t

AMIDAL

Poudre — Comprimés — Cachets — Dragées

Deux à quatre cuillerées à café,
ou quatre à huit comprimés, dragées
ou cachets par jour

Entérites aiguës et chroniques.
Entéro colites. Dysenterie.
Toutes les Diarrhées.
La constipation spasmodique.

VITAMYL IRRADIÉ

Extrait concentré de vitamines A, B, et C.

Ergostérol irradié
Une cuillerée à café
avant chacun des trois repas.

Carences et Pré-carences.
Rachitisme.
Déméralisation.
Troubles de la Croissance

GÉNÉSÉRINE

OLONOVSKI et NITZBERG

Deux à trois granules ou dragées ou 20 à 30
gouttes à chacun des trois repas ou une ampoule
injectable chaque jour pendant 10 jours.

Hypo-acidité gastrique.
Syndrome solaire.
Dyspepsie atonique.
Palpitations et Tachycardie
des cœurs nerveux.

GÉNATROPINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour,
entre les repas de préférence.
1 ampoule injectable par jour.

Hyperchlorydrie.
Spasmes digestifs — Vomissements.
Coliques — Diarrhées.

GÉNOSCOPOLAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

4 à 8 granules, ou 40 à 80 gouttes par jour,
en 2 ou 3 prises, 1 ampoule par jour.

Maladie de Parkinson.
Syndromes post-encéphalitiques.
Anesthésie chirurgicale ou obstétricale.

GÉNYHOSCYAMINE

OLONOVSKI et NITZBERG

2 granules, ou 20 gouttes, 2 à 3 fois par jour
entre les repas de préférence.
1 ampoule par jour.

Spasmes digestifs.
Tremblements.
Syndromes parkinsoniens.
Sueurs des tuberculeux.

GÉNOSTRYCHNINE

OLONOVSKI et NITZBERG

ou

Ampoules — Goutte — Granules

GÉNOSTHÉNIQUES

Cacodylate de Génostrychnine et de Gènesérine.

2 granules, ou 20 gouttes à chacun des trois repas.
1 ampoule injectable chaque jour.

Asthénie.
Neurasthénie — Surmenage.
Anémie — Convalescence.
Paralysies atoniques.

GENOMORPHINE

OLONOVSKI et NITZBERG

En comprimés dosés à 2 Cgts (2 à 3 fois
par jour) ou en ampoules injectables
dosées à 4 Cgts.

La Douleur.
L'Anxiété — l'Agitation.
Les Dyspnées spasmodiques.
La Démorphinisation.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

XVII^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Suite)

Les questions présentant un intérêt à la fois scientifique et pratique sont mises en discussion, à la suite d'un exposé fait par des rapporteurs désignés à l'avance par la Société.

Le programme de la discussion est adressé à ceux qui annoncent leur participation à la réunion.

Les communications portent uniquement sur les questions posées. La durée de chaque communication ne peut dépasser dix minutes. Il est accordé, pour chaque communication, au plus quatre pages d'impression et une page pour chaque discussion.

Ne sont publiées dans les comptes rendus de la réunion que les communications ou discussions, dont le texte est remis aux cours des séances.

Des projections cliniques ou anatomiques, ainsi que des présentations de malades, peuvent être faites, après entente préalable avec le Secrétaire général.

Prière d'adresser les réponses aux invitations et les titres de communications au Secrétaire général : D^r CROUZON, 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (16^e).



(A suivre, page d'annonces XXVI).

CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

du DOCTEUR BERSOT

Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)

Belle situation
au-dessus
du lac de Bièvre

.....

Installations
modernes
et confortables

.....

— médecins



Nombre restreint
de malades

.....

Vastes parcs
ombragés

.....

Gymnastique, sport
Promenades
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉÏNE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --
Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17°)

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violets

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ÉLECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête
devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles,
route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

XVII^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Suite)

Les grands réseaux de chemins de fer français accorderont vraisemblablement, cette année encore, la réduction de tarif des Congrès.

Les adhérents qui désirent bénéficier de cette réduction doivent adresser aux Wagons-Lits-Cook, 40, rue de l'Arcade, avant le 10 mai, leurs nom, prénom, qualité, domicile et l'itinéraire suivi du domicile ou du point d'entrée en France, à Paris, et vice-versa, avec la mention des points indispensables pour jalonner l'itinéraire, et, s'il y a lieu, les points d'entrée sur chaque réseau.

Des démarches sont faites pour obtenir une réduction de 35 % en Belgique.

Les bons de réduction seront adressés aux intéressés par les soins des Wagons-Lits-Cook, dont les agences pourront, en outre, s'occuper de toutes questions relatives au séjour à Paris des adhérents à la réunion.

Une excursion aux environs de Paris sera organisée après la réunion.



(A suivre, page d'annonces XXVIII).

CLINIQUE PRIVÉE

D^r Th. BRUNNER

KUSNACHT près ZURICH

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D^r Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

Prix de pension à partir des frs. s. 15

(traitement médical y compris)

2 médecins.

Médecin en chef : D^r Th. BRUNNER

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des
MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER

MÉDICATION ALCALINE PRATIQUE

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

3 à 4 comprimés par verre d'eau

12 à 15 comprimés par litre.

ANTI-RHUMATISMAL
ÉNERGIQUE

NOVACÉTINE PRUNIER

6, R. de la Tacherie, PARIS
et Pharmacies.
R. C. Paris, 53.318

RECONSTITUANT
DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

GLYCÉROPHOSPHATE DE CALCIUM
ASSIMILABLE

XVII^e REUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(Suite)

La *Société de neurologie de Paris* tiendra sa séance mensuelle le jeudi 2 juin, au siège de l'Académie de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.

XI^e CONGRES DES SOCIETES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE

Le *XI^e Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie* (réunion internationale de langue française), se tiendra à Bordeaux, les 3, 4, et 5 juin 1938, sous la présidence de M. le professeur PORTMANN.

Sujet du rapport : *Les hallucinations en oto-neuro-ophtalmologie.*

Secrétaire général : M. Auguste TOURNAY, 58, rue de Vaugirard, Paris (6^e).



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent D^r LUNIER, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. — Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ

SOMMAIRE DU N° 5 (tome I), MAI 1938

MÉMOIRES ORIGINAUX

J. HAMÉL et J. LAUZIER. — Des modifications qui pourraient être apportées à la loi du 30 Juin 1838.....	501
J. PICARD. — Lacunes de la loi de 1838 en cas d'évasion.....	571
M. DESRUELLES. — Histoire des projets de révision de la loi du 30 Juin 1838.....	585

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 12 mai 1938

P. CHATEAIGNON, P. SCHERRER et Mlle C. CHATEAIGNON. — Syndrome préfrontal au cours d'une psychose hallucinatoire chronique. Hémorragies méningées puis hémorragie ventriculaire terminale. Etude anatomoclinique.....	621
---	-----

Séance du 23 mai 1938

Adoption du procès-verbal.....	638
Correspondance.....	638
Modifications à l'ordre du jour de la séance.....	639

(Suite du sommaire, page 11).

CHATEAU

DIRECTEUR : D^r Gaston MAILLARD
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin de Bicêtre et de la Salpêtrière
Médecin-adjoint : D^r Charles GRIMBERT

— MAISON DE SANTÉ MODERNE —
POUR DAMES ET JEUNES FILLES

DE

L'HAY-LES
-ROSES



INSTALLATION
DE
PREMIER ORDRE

Notice sur demande

2, rue Dispan

L'HAY-
LES-ROSES
(SEINE)
TÉLÉPHONE : 5

ATTENTIONS DU SYSTÈME NERVEUX
- CURES DE DÉSINTOXICATION -
- DE REPOS ET DE RÉGIMES -

Date de la séance de juillet	639
A. FILLASSIER. — Le centenaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Eloge de la loi	639
X. ABÉLY. — La protection des biens des malades dans la loi de 1838	655

Th. SIMON. — La loi de 1838 et les enfants	665
M. DESRUELLES. — L'esprit des projets de révision de la loi du 30 juin 1838..	667
P. CARRETTE. — Un demi-siècle d'assistance des aliénés avant la loi de 1838....	674

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 5 mai 1938

M. PITHA. — Épilepsie réflexe par excitation physiologique	681
BAUDOUIN et ROSSI. — Étude de la courbe glycemique chez des malades à la suite de ventriculographie	681
H. ROGER, M. ARNAUD, Y. POURRINÉ et J.-P. PAILLAS. — Amyotrophie brachiale avec contractions fibrillaires et épilepsie jacksonienne, à prédominance sensitive, symptomatiques d'un astrocytome à début partiel d'une durée d'une vingtaine d'années	681
GARCIN, HADJI DINO et VAREY. — Troubles du	

schéma corporel dans un cas de tumeur pariéto-temporale	682
L. RIMBAUD, H. SERRA, J. BOUCOMONT et M. GONLEWSKI. — Sclérose en plaques aiguë rapidement mortelle évoluant à un mois et demi d'intervalle chez deux sœurs ; rôle probable de la contagion	682
M. MONIER. — Recherches sur la formation réticulée	682
G. MARINESCO et N. JONESCO-SISESTI. — Sclérose en plaques familiale. Étude anatomique..	682
J.-A. BARRÉ, KABAKER et Mlle BRUCKMANN. — Craniopharyngiome (surtout gauche) avec énorme prolongement transfrontal droit. Syndrome de Forster-Kennedy. Troubles pyramidaux uniquement déficitaires	682

(Suite du sommaire page IV).

MAISON DE SANTÉ

:- D'IVRY-SUR-SEINE :-

23, Rue de la Mairie à IVRY

Téléphone : Gob. 01.67

MALADIES MENTALES & NERVEUSES

NOMBREUX PAVILLONS
DANS UN PARC DE 12 HECTARES

Médecin-Directeur : Docteur A. DELMAS

Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-adjoint : Docteur P. DELMAS

CHATEAU DE SURESNES

Téléphone : SURESNES 2.88

Maison
de Santé
de Repos
de Régimes

FONDÉE PAR

M. le D^r MAGNAN

Membre de
l'Académie de Médecine



Le Château

La Maison de Santé du Château de Suresnes est située à la Porte de Paris (sortie du Bois de Boulogne), dans un grand parc.

Remise à neuf et embellie depuis la guerre, la maison reçoit, dans des parties distinctes (château et pavillons dispersés dans la verdure du parc), des convalescents, neurasthéniques, nerveux, intoxiqués ou psychopathes.

Château et pavillons réunissent toutes les conditions les meilleures d'hygiène et de bien-être (chauffage central, eau chaude, électricité, eau de source), etc.

Les personnes qui y séjournent peuvent y disposer à leur gré d'une chambre meublée avec luxe, d'un cabinet de toilette, d'un salon, d'une salle de bains, etc.

Les Médecins de la Maison de Santé et leurs familles prennent leurs repas avec les pensionnaires qui désirent fréquenter la salle à manger.

La Maison est largement ouverte à Messieurs les Médecins, qui peuvent ainsi continuer à suivre leurs malades.

HYDROTHÉRAPIE - ÉLECTROTHÉRAPIE

MÉDECINS DIRECTEURS :

D^r FILLASSIER O. * ✻ D^r DURAND-SALADIN

NOTICE SUR DEMANDE

Communications : Tramway du Val d'Or à la Porte Maillot

Société de Médecine mentale de Belgique

Séance du 30 avril 1938

- G. MUYLE. — L'épreuve au cardiazol, test diagnostique de l'épilepsie 683
- R. TITECA. — Le cahier des revendications à présenter par les psychiatres à l'autorité judiciaire 681
- P. CLEMENS. — Des variations de la glycémie provoquées par les injections du pentaméthylène-tétrazol chez les schizophrènes 681
- A. LEROY. — Le traitement convulsivant par le pentaméthylène-tétrazol calme l'agitation périodique des épileptiques 681

Groupement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Séance du 30 avril 1938

- R. COUDIN. — Les composants fonctionnels des nerfs crâniens chez les vertébrés 685
- J. RADERMACHER. — Névralgie du trijumeau et sclérose en plaques 685
- J. DAGNIER et P. MARTIN. — Un cas de tumeur frontale à symptomatologie extrêmement complexe 686

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

Neuro-psychiatrie.

- H. EV et J. ROUARY. — Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie 687

- G. DESHAIES. — L'hérédité dans les psychoses maniaque-dépressive et schizophréniques 688
- R. DEFFUANT. — Les troubles du système neurovégétatif des mélancoliques 688
- Mme DEFFUANT DE GABRIEL. — Les troubles du système neurovégétatif des épileptiques. Leur rôle dans la crise 689

(Suite du sommaire, page VI).

MAISON DE SANTÉ DE BELLEVUE (S.-et-O.)

8, Avenue du 11 Novembre — Observatoire 10-62

MÉDECIN-DIRECTEUR : D^r BUSSARD

Maladies
du
Système
nerveux
et de la
Nutrition



Psycho-
névroses
Intoxica-
tions
Convales-
cences

Cet établissement, situé sur le coteau de Bellevue, à proximité du bois de Meudon, est composé de plusieurs pavillons dans un parc. Il offre tout le confort moderne

VILLA DES PAGES

LE VÉSINET (S.-et-O.)

40, Avenue Horace Vernet

TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES
ET DES MALADIES DE LA NUTRITION
REPOS, CONVALESCENCES, RÉGIMES

Cures de désintoxication

Psychothérapie, Rééducation, Physiothérapie



12 chalets pourvus du confort moderne
disséminés dans un parc de 5 hectares.
Chambres ou appartements à plusieurs pièces

La clinique est entièrement ouverte aux Médecins
qui peuvent ainsi conserver la direction de leurs malades

Médecins directeurs : Docteurs LEULIER, MIGNON, CASALIS

Médecin assistant : Docteur LECLERCQ

Téléphone : LE VESINET 12

- J. ZADON. — Les réactions d'équilibre chez l'homme. Etude physiologique et clinique des réactions d'équilibre sur la table basculante... 690
- H. CUSHING. — Tumeurs intra-crâniennes. Etude analytique de 2.000 tumeurs vérifiées et de leur mortalité opératoire 691

Thérapeutique.

- R. BROY, R. DUVAL-ARNOULD et P. MERLE. — Pour une médecine du corps et de l'esprit 692
- J. ROURE. — La cure bulgare dans les séquelles post-encéphaliques 693
- A. RAVINA. — L'Année thérapeutique. Médicaments et procédés nouveaux 693

JOURNAUX ET REVUES

Psychiatrie.

- R. BERNARDI. — Les limites entre folie et génie 694
- F. CARDONA. — Le test de Borschach dans le diagnostic psychiatrique 695
- LÉVY-VALENSI. — Mythomanie simple 695
- G. PAUL-BONCOUR et G. NERON. — Influence des choses affectives sur le psychisme des enfants 695

- G. ROBIN. — Les enfants paranoïaques. Les paranoïaques constitutionnels et les paranoïaques acquis 695
- F. BROWN. — Etude de l'hypocondrie 695
- Mme L. McILROY. — Phobes et obsessions 696
- F. CARDONA. — Contribution à la connaissance du problème pronostique de la psychose obsessionnelle 697
- Mme M.-M. MURSKALA et A.-Z. ROZENBERG. — Des changements de la personnalité psychique des paralytiques généraux en état de rémission bonne ou complète 697
- R. ORLANDO. — Syndromes neurologiques atypiques de la paralysie générale 697
- G. URIBE GALLA. — Les psychoses d'origine paludéenne 698
- E.-V. MANOV et A.-K. STIGLITZCHIN. — Aspect schizophrénique du tableau clinique au cours des intoxications aiguë et chronique par le haschisch 698
- V.-P. OSMPOV. — Contribution au diagnostic des formes légères de schizophrénie 698
- E. DE AGUIAR WHITAKER. — Des avantages de l'examen pneumoencéphalographique systématique des schizophréniques 699

(Suite du sommaire, page VIII).

CHATEAU DES COUDRAIES

Ancienne Institution d'Eaubonne (fondée en 1847)

Magnifique Parc de 5 hectares, adossé à la forêt de Sénart. Très belle vue sur la vallée de la Seine. Très grand confort. Eau courante, chaude et froide, dans toutes les chambres, électricité, chauffage central, installation hydrothérapique complète. Rayons U. V. Jardinage. Horticulture. Potagers de 20.000 m². Tennis.



PRIX DE PENSION A PARTIR DE 900 FR. PAR MOIS

ÉTIOLLES (S.-&-O.)

ENFANTS ET JEUNES GENS ARRIÉRÉS

Education et Traitement
des déficients intellectuels
à tous les degrés

DIRECTEURS

Drs M. et J. de CHABERT
de 2 à 5 heures
sauf jeudis et dimanches
25 km. de PARIS
gare Evry-Petit-Bourg (P.-&-M.)
Arrêt des autocars Citroën
27 - 28 - 29 : Dép. de Paris,
pl. Denfert-Rochereau
Tél. Corbeil 226

SAINT-REMY

CLINIQUE MÉDICALE

46, Boul. Carnot Tél. Régional 755 et 850

LE VÉSINET (S.-et-O.).



-- -- TRAITEMENT -- --
des affections du Système nerveux, des
intoxications et des maladies de la nutrition

Repos — Convalescences — Régimes
Electrothérapie — — Hydrothérapie

Dans banlieue agréable, paisible et soignée.
Très belle installation modèle, 6 pavillons séparés
- - - dans un parc fleuri de 2 hectares - - -

Chambres gaies, meublées avec goût, très confortables,
cabinets de toilette avec S. B. et W. C. privés.
Galeries ensoleillées. Terrain et salons de jeux.
- Excellente cuisine bourgeoise et de régimes -

NI MALADES CONTAGIEUX OU BRUYANTS

-- -- MÉDECIN-DIRECTEUR -- --

-- -- D^r P. ALLAMAGNY -- --

avec la collaboration du D^r VIGNAUD,
ex-Directeur de la Maison de Santé de Vanves

-- -- et d'un médecin assistant -- --

M. GRINBERG. — Le rôle des facteurs psychogènes dans l'étiologie et la pathogénie de la schizophrénie	698
J. BOROWIECKI, A. DOWZENKO et Mme DOWZENKO. — Etude sur l'oligophrénie	699
G.-A. JARVIS et S.-E. STOLZ. — Le type dit juvénile de la maladie d'Alzheimer	699
D.-A. BOYD. — Contribution à la psychopathologie de la maladie d'Alzheimer	700
B.-J. ALPERS. — Note sur le syndrome mental des tumeurs du corps calleux	700

Psychologie.

H. DELGADO. — Psychologie générale et psychopathologie du sentiment	700
H. DELGADO. — Psychologie générale et psychopathologie de la pensée et l'imagination. 700	
P.-L. LANDSBERG. — Maine de Biran et l'anthropologie philosophique	701

Psychanalyse.

W.-R. MULLER. — Facteurs psychogénétiques de la polyurie schizophrénique	701
--	-----

Neurologie.

D.-H. ECHOLS. — Le signe d'Hoffmann	701
J.-A. BARRE. — Le syndrome pyramidal déficitaire	702

B. SMIRNOW et J. STOKSY. — Famille turcomane présentant une amyotrophie héréditaire atypique	702
B. CARAFFA et PEROTTI. — Forme rare d'arachnoidite spinale avec amyotrophie du membre inférieur gauche	702
W. RÖHMERT. — Paralysie spastique spinale familiale	702
R. CIBILIS ALVAREZ. — Formes méningées de la maladie de Heine-Medin	703
H. ROGER, P. VIGNE et A.-M. RELODIER. — Le tabès polyarthropathique	703
J.-A. CHAVANY. — A propos d'un cas d'ataxie subaiguë cutanée	703
A. SOUCERS. — Névralgie du plexus lombaire survenue brusquement au cours d'un effort. Sa pathogénie	703
RISER, GÉRAUD et PIANEYR. — De l'encéphalomyélite nécrotique subaiguë	703
A. AL-SHUGHUO et A. BORGES-FORTE. — Sur un cas d'hémichorée avec lésion du noyau caudé 701	
L. VAN BOGALRY et E. WILLOUX. — Etudes anatomo-cliniques sur la dégénérescence hépatolenticulaire. (Forme portale de la maladie de Wilson, forme familiale de la pseudosclérose de Westphal-Strumpell)	704

(Suite du sommaire, page X).

Ecole du Docteur Henriette Hoffer

ETABLISSEMENT PSYCHO-MÉDICO-PÉDAGOGIQUE

2 ENFANTS INAPTES A SUIVRE LES CLASSES NORMALES

(ENFANTS RETARDÉS, DÉLICATS, SOURDS, PARLANT MAL)

Fondatrices : Dr H. HOFFER et Madame Anne-Marie BUSSEAU



« MONTCLAIR »

1, Grande Rue, BELLEVUE-MEUDON (Seine-&-Oise) - Téléph. : Observatoire 17-45

DIVONNE-LES-BAINS

OUVERT
TOUTE
L'ANNÉE

Altitude 519 m. (Genève 16 km.) — AIN

LA GRANDE STATION FRANÇAISE DE REPOS

-- -- dans un parc de 100 hectares -- --



==== Indication spéciale de cure pour : ====
les troubles fonctionnels du SYSTÈME NERVEUX et des
MALADIES DE LA NUTRITION qui s'y rattachent
les maladies organiques du TUBE DIGESTIF et de la
==== NUTRITION =====

Dans le parc : Etablissement thermal

Hydrothérapie. Psychothérapie. Cures d'air, de repos,
d'exercices et de culture physique. Massothérapie. Elec-
trothérapie. Radiologie.

Dans le parc : Les Hôtels

HOTEL DU GOLF

Hôtel de grande classe, tous les appartements avec salle de
bains, w.-c., téléphone. Première réalisation hôtelière dans
la suppression des bruits.

HOTEL CHICAGO

Résidence de tout premier ordre.

LE GRAND HOTEL

Hôtel de premier ordre à *prix modérés*. Recommandé aux
familles.

LE PAVILLON DU GOLF

Grande terrasse avec vue splendide sur la chaîne des
Alpes. Son restaurant, ses spécialités régionales, ses thés
avec orchestre.

MAISON MÉDICALE DE RÉGIME

Sous contrôle d'un médecin spécialiste. Cuisine diététique.
Laboratoires d'analyses.

Distractions

Théâtre. Concerts. Cinéma. Parc pour enfants.

Tous les sports

Golf 18 trous. Tennis. Promenades. Canotage (5 km.
du lac). Pêche à la truite.

Direction Générale : I. TARTAKOWSKY, Administrateur

J. ZADOR. — Le spasme de torsion. Parallèle des tableaux cliniques entre la race juive et les autres races	704
H. ROGER, L. CORNIE et J.-L. PAILLAS. — Les manifestations neurologiques des cirrhotiques. Considérations cliniques et pathogéniques	701
M. LEPER et L. MICHAUX. — L'influence des affections digestives dans le déterminisme et l'évolution de certaines maladies du système nerveux	705

Anatomie.

V. DIMITRI. — Altérations médullaires dans un cas d'alcoolisme chronique	705
V. DIMITRI et J. ARANOVITCH. — Altérations encéphaliques dans un cas de maladie de Paget	705
R. ORLANDO et B.-A. MOYANO. — Pathogénie du signe d'Argyll-Robertson dans la paralysie générale	706
L. CORNIE et M. MOSINGER. — Sur les lésions nerveuses intra-hépatiques dans les cirrhoses	706

Biologie.

H. MEILA et M.-M. BROMBERG. — Etude du spectre d'absorption du liquide cérébro-spinal dans la partie visible du spectre	706
---	-----

J. HAGENAÛ. — Le lipiodiagnostic sous-arachnoïdien est-il dangereux ?	706
P.-G. SCHUBE. — Relation entre le sucre du liquide céphalo-rachidien et du sang dans la neurosyphilis non traitée	707
P.-K. MC COWAN. — L'index hyperglycémique élément du pronostic	707
A. GRINDHAM. — Hématologie des convulsions	707
T.-J. HENKELY et E.-D. YATES. — La calcémie dans la narcose prolongée	707
A. LANARI. — Action contracturante de l'acétylcoline intra-artérielle dans quelques affections du système nerveux et musculaire	707

Endocrinologie.

J.-A. HURT. — Les tests physiologiques en endocrinologie	708
G. ROUSSY et M. MOSINGER. — Quelques données récentes fournies par l'étude histophysiologique du système neuro-végétatif	708
A. SAHMON. — Le rôle des corrélations cortico-diencéphaliques et diencéphalo-hypophysaires dans la régulation de la veille et du sommeil	708
M. VITTMAN, L. JUSTIS-BERANGON, J. DELARUE et H.-P. RIOTZ. — L'altération de certaines glandes	708

(Suite du sommaire, page XII).

LA MÉTAIRIE

(près NYON, sur le Léman)

Tél. : Nyon 95.626

CENTRE DE RECHERCHES ET DE TRAITEMENTS MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



Traitements soigneusement discutés et dosés de toutes
 -- -- les affections nerveuses et mentales -- --
 -- Ambiance cordiale, pays magnifique, climat doux -- --
 -- Institut psychopathologique annexe (pupillographie, etc.) -- --
 -- -- Villa pour enfants anormaux -- --
 Médecin en chef : D^r W. BOVEN, Prof. de psychiatrie
 et de caractérologie à l'Un. de Lausanne (cabinet de consultation à Lausanne), sur rendez-vous : tél. Lausanne 25.838
 Collaborateurs : D^r O. LÖWENSTEIN, ex-Prof. à l'Un. de Bonn, inventeur de la méthode pupillographique, etc.
 -- -- M^l le D^r CALAME -- --

LES RIVES DE PRANGINS

PRANGINS près Nyon (Suisse)

ÉTABLISSEMENT DE PSYCHOTHÉRAPIE CONFORT MODERNE

||||| Chambres seules ou appartements de une ou plusieurs pièces |||||
-- -- Magnifique situation au bord du Léman -- --
-- A 22 km. de Genève sur la route de Lausanne -- --
Six villas disséminées dans un grand parc de 50 hectares



TRAITEMENT DES AFFECTIONS NERVEUSES

Cures de repos -- Rééducation -- Suggestion

Traitements psychologiques -- Physiothérapie.

Traitement organothérapique avec contrôle biologique (Cures d'insuline, pyréthothérapie, malariathérapie) -- Laboratoire d'analyses -- Rayons X -- Cabinet dentaire

||||| -- -- Divers ateliers très bien aménagés -- -- |||||
Etudes et leçons particulières dans l'établissement
-- -- Sports d'été et sports d'hiver -- --
-- Trois tennis -- Bains du lac -- Equitation --

Quatre médecins assurent les traitements.

Infirmières diplômées à la disposition des malades.

Prix de pension variant suivant la nature du traitement et le genre de l'installation choisie (à partir de fr. suisses 25 -- et pour les cas de psychothérapie à partir de fr. suisses 35 par jour).

Demandez prospectus à l'Administration

Adresse télégraphique :
Rivaprangins, Nyon

||| Téléphones { Service Médical : Nyon 95.441
Administration : Nyon 95.442

Médecin-chef : D^r O.-L. FOREL, Privat-Doctent à l'Université de Genève.

de endocrines au cours de l'alcoolisme chronique. (Essai d'interprétation pathogénique) 709	
J. DECOURT. — Le rôle des glandes parathyroïdes en pathologie osseuse 709	
M. LOMER et R. FAU. — Cachexie hypophysaire et anorexie mentale 709	
M. CARANE. — Aperçus sur le rôle de l'hypophyse dans le métabolisme hydrocarboné 709	
M. MONNIER. — La valeur de la réaction d'Aschheim-Zondek dans le diagnostic des tumeurs cérébrales 710	

Assistance.

H. BEAUDOUIN, J. HAMEL, G. DEMAY, J. LAUZIER et P. SCHUTZENBERGER. — L'œuvre de Julien Baynier 710	
--	--

Hygiène et prophylaxie.

THANER. — Les difficultés dans l'éducation des enfants et des jeunes gens 710	
S. BOROWICKI. — L'état actuel et les besoins dans l'étude de l'hérédité dans la psychiatrie polonaise 711	
W. LUNIEWSKI. — Limitation de la natalité chez les oligophrènes 711	

W. M. FAIRBIE. — Alcool et sécurité de la route 712	
P. LANDI et P. DERVILLÉ. — Les manifestations toxiques dues au tétrachlorure de carbone 712	
M. WIENDLOCHA. — Ethérisme dans les districts de Rybnik et de Psczyzna 712	

Thérapeutique.

P. MASQUIN. — Thérapeutique de la démence précoce 713	
E. BAUER. — Le traitement des psychoses schizophréniques par le choc insulinaire 713	
F. BIELOZOWSKI. — Remarques sur les résultats acquis de l'insulinothérapie des schizophrènes à la lumière de la documentation expérimentale en Pologne 713	
ST. EMILIANOWICZ. — Influence des fortes doses d'insuline sur la circulation 713	
A. OPALSKI. — Signes neurologiques survenant au cours de l'hypoglycémie insulinaire chez des malades atteints de troubles psychiques. 711	
J. WORTIS. — A propos de la réaction des schizophrènes au choc hypoglycémique par l'insuline 711	
K.-Th. DUSIK. — Contribution au traitement des états d'inhibition schizophréniques, en particulier de la stupeur catatonique, par l'utilisation 711	

(Suite du sommaire page XIV).

SANATORIUM BELLEVUE

A KREUZLINGEN (Suisse)

(LAC DE CONSTANCE)

Spécialement organisé pour le traitement des MALADIES NERVEUSES, MENTALES et des INTOXICATIONS

Fondé en 1857 par le Dr L. Binswanger, grand-père du directeur actuel. Neuf villas différentes, situées dans un beau parc permettant la séparation complète des diverses formes de maladies, dont : 3 pour maladies mentales et 6 pour névroses, états d'épuisement, et de convalescence.

TRAITEMENT : Psychothérapie (Psychoanalyse, cures d'insuline, etc.), thérapie par le travail : ateliers de menuiserie, de reliure et de tissage, jardinage. Gymnastique, massage, tennis, golf, équitation, natation. Installation hydrothérapeutique très moderne. Grande ferme modèle.

Informations et prospectus par l'Administration.

Médecin-directeur : Dr L. BINSWANGER



CENTRE MÉDICO-PÉDAGOGIQUE DE PAU

Fondé en 1930

ENTIÈREMENT RÉORGANISÉ

VILLA FORMOSE, 1, allées de Morlaàs, PAU (Basses-Pyrénées) — Tél. 27-07

Etablissement de traitement et de réadaptation pour Garçons

Superbe Villa dans le quartier le plus aristocratique de PAU, au milieu d'un grand parc. TRÈS GRAND CONFORT. Exposition entièrement au Midi. Chauffage central. Électricité. Lavabos individuels. Hydrothérapie complète. Vastes dépendances. Salles de Jeux. Jardin d'Hiver. Cinéma. Sport. Gymnastique médicale et rythmique.

Un des rares Etablissements qui soit spécialisé pour

GARÇONS ATTEINTS DE TROUBLES CARACTÉRIELS : nerveux, instables, irritables, insomniaques, coléreux, fantasques, indisciplinés, fugueurs, etc. — Les émotifs anxieux, psychasthéniques, etc. — Les cyclothymiques. — Les petits pervers : inaffectivité, malignité, mensonges, vols, etc. — Les paranoïaques, les épileptiques sans crises convulsives, les schizoïdes, les mythomanes, etc.

GARÇONS RETARDÉS PÉDAGOGIQUES OU SCOLAIRES EN RETARD DANS LEURS ÉTUDES par suite de maladie.

Certains enfants peuvent continuer à fréquenter le Lycée tout en recevant à l'Etablissement les soins nécessaires

COURS ET LEÇONS PARTICULIÈRES A L'ÉTABLISSEMENT

-- Latin, Grec, Anglais, Allemand, Musique --

Carnet de Santé neuropsychiatrique — Fiche médicale mensuelle envoyée aux Familles

Prix de Pension à partir de 1.000 fr. par mois. Demandez-nous notre brochure

PAU, la Station la **plus sédative** de France. Ni vent ni poussière, douceur de l'atmosphère, absence de brouillard ; climat idéal pour ces catégories d'enfants

NON ADMIS : CONTAGIEUX, GRANDS ARRIÉRÉS ET GRANDS AGITÉS

Nombre de places strictement limité

Directeur Médical : Docteur MONESTIER, Médecin honoraire des Hôpitaux Psychiatriques
Directeur des Etudes : M. COCONAS, Professeur spécialisé

tion des réactions de déblocage hypoglycémiques	714
A. DOMASZEWICZ et A. EBN. — Du traitement de la schizophrénie par le cardiazol et l'insuline combinés	715
H. DELGADO. — Traitement de la schizophrénie par la méthode de von Meduna, application de cette méthode à un cas de paralysie générale fixée	715
P. MASQUIN. — Malarithérapie et démence précoce	716
G.-M. DAVIDSON. — Le mécanisme de la cure malarique dans la paralysie générale	716
P.-A. CHATAGNON et Mlle C. CHATAGNON. — L'évolution de la paralysie générale progressive est-elle modifiée par les thérapeutiques modernes ?	716
A. PIRES DE LIMA. — La thérapeutique de choc dans les psychoses	716
J. DUBLINEAU. — La pyrétothérapie soufrée associée aux sels d'or dans le traitement de certaines démences précoces	716
F.-G. ERAUGH, C.-H. BARNACLE et J.-R. EWALT. — Episodes délirants associés aux fièvres artificielles	717
E. GUTTMANN. — Effet de la benzédrine sur les états dépressifs	717

A. MYERSON. — Effets du sulfate de benzédrine sur l'humeur et la fatigue chez les normaux et dans les névroses	717
M. SCHAW JONES. — Effets de l'acétylcholine sur les symptômes somatiques de l'anxiété.	717
C.-O. FERRER. — Nouvelle contribution au traitement de la dépression mélancolique par l'hématoporphyrine (Photodyn)	718
E.-A. STRECKER, H.-D. PALMER et F.-J. BRACELAND. — Thérapeutique par l'hématoporphyrine dans les psychoses affectives	718
R.-L. JENKINS. — La bulbo-capnine dans le traitement des troubles du comportement tels qu'on les observe dans l'encéphalite épidémique chronique	718
M. WAHL. — Essai de traitement opothérapique de la fièvre typhoïde. (Cinq observations de malades traités par la méthode de Bayle modifiée)	718
Ph. PAGNIEZ. — La vitamine B dans le traitement des polyneuropathies et spécialement de la polyneuropathie alcoolique	719
C.-O. FERRER. — La strychnine comme traitement spécifique de l'alcoolisme	719
Ph. PAGNIEZ. — Au sujet du traitement du delirium tremens	719

(Suite du sommaire page XVII).

— Maison de Santé — de PRÉFARGIER près Neuchâtel - SUISSE



Traitement des maladies nerveuses mentales, de l'alcoolisme, des toxicomanies. Traitement individuel. Occasions variées d'occupation rationnelle pour les pensionnaires. Psychothérapie. Installations modernes. Situation ravissante au bord du lac de Neuchâtel. Vaste parc de 30 hectares.

Médecin-Directeur : Dr O. Riggenschach
2 médecins spécialistes résidant à l'Etablissement

LES BERGES DU LÉMAN

VEVEY (Suisse)

~~~~~ TÉLÉPHONE : 52.008 ~~~~~



## **AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX**

Cures de repos - Convalescences - Régimes - Désintoxications

## **TRAITEMENT PSYCHOPHYSIOLOGIQUE SPÉCIAL DES NÉVROSES**

Psychothérapie - Méthodes biologiques - Hydrothérapie  
Rééducation

Ateliers d'arts appliqués - Leçons - Sports d'hiver et d'été

*Grand parc - Terrasse - Vue étendue sur les Alpes  
et le Lac Léman*

## **TOUT CONFORT - CUISINE SOIGNÉE**

A quatre minutes en autobus du centre de Vevey



**Médecin-Chef : Docteur M. GUILLEREY**

**Médecin-Adjoint : Docteur R. DUBY**

**Un Médecin-Assistant**

**NOMBREUX PERSONNEL SPÉCIALISÉ**

Téléphone : Vevey 52.008 - Adresse télégraphique : Berges Vevey



RENSEIGNEMENTS DÉTAILLÉS ET PROSPECTUS  
AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

MÉDICATION SÉDATIVE  
*du*  
SYSTÈME NERVEUX

 **GARDÉNAL**  
*Phényl-éthyl-malonylurée*

 **RUTONAL**  
*Phényl-méthyl-malonylurée*

 **SONÉRYL**  
*Butyl-éthyl malonylurée*

UNE GAMME D'HYPNOTIQUES  
**SPECIA**

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE **SPECIA** MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUVON-PARIS-8<sup>e</sup>

ODETTE  
ZEAU

|                                                                                                                                                            |     |                                                                                                                 |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| T. ALAIQUANINE et R. THUREL. — La migraine et son traitement physiopathologique .....                                                                      | 719 | J. MANS. — Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés .....                                    | 722 |
| CHAVANY. — Les crampes dites professionnelles et leur traitement par les solanées .....                                                                    | 719 | <b>Médecine légale.</b>                                                                                         |     |
| DE FILATRE. — Quelques réflexions sur les toux nasales .....                                                                                               | 720 | L. Vervaeck. — Existe-t-il un traitement du déséquilibre mental à réactions antisociales ? .....                | 722 |
| DEHEM. — La physiothérapie de la poliomyélite .....                                                                                                        | 720 | L. Vervaeck. — Les problèmes discutables de psychiatrie médico-légale .....                                     | 723 |
| LHERMITTE. — Une thérapeutique rajeunie. Le venin d'abeilles contre les algies rebelles et les rhumatismes chroniques .....                                | 720 | CUVILLOS. — Le problème de l'assistance médico-sociale des aliénés délinquants et des délinquants aliénés ..... | 724 |
| H. LERICHE et APPEL. — Essai de traitement chirurgical d'un syndrome latéral du bulbe d'origine vasculaire (syndrome de Wallenberg) chez un angineux ..... | 720 | Législation argentine. Projet de décret relatif au contrôle des stupéfiants .....                               | 724 |
| H. ABOLKER. — La décompression cérébelleuse et le drainage du lac ponto-cérébelleux. Traitement du vertige et des arachnoïdites ..                         | 721 | D.-P. LAMBERT, M. D., D. T. M. et H., CAPTAIN J. M. S. — Le meurtre de Pakur .....                              | 725 |
| H. GODARD. — Etat actuel du traitement chirurgical de l'asthme et de l'angine de poitrine par les opérations sympathiques et thyroïdiennes .....           | 721 | J. CRUZ. — Etude sur la constitution du délinquant équatorien .....                                             | 726 |
| N. PENDE. — Un nouveau traitement de l'impuissance virile fonctionnelle par la sympathectomie lombaire inférieure .....                                    | 721 | M. FEISTER-AMMEDE. — Appréciation psychiatrique de deux cas d'infantile .....                                   | 726 |
| P. HARTENBERG. — Les indications de la psychothérapie .....                                                                                                | 721 | S. RAJGOPAL NAIDU. — Poisons exotiques ..                                                                       | 726 |
| P. HARTENBERG. — Les diverses formes de psychothérapie .....                                                                                               | 722 | Mme S. ROSENBLUM. — L'oligophrénie envisagée comme facteur criminologique dans la délinquance infantile .....   | 727 |
|                                                                                                                                                            |     | A. MUJNOWSKI. — Les oligophrénies et le service militaire .....                                                 | 727 |
|                                                                                                                                                            |     | P. CHAVIGNY. — La valeur des obsessions-impulsions en médecine légale psychiatrique ..                          | 727 |
|                                                                                                                                                            |     | Délire chez un testateur .....                                                                                  | 728 |
|                                                                                                                                                            |     | G. DE MONSIEU. — Les troubles nerveux et men-                                                                   |     |

(Suite du sommaire, page XVIII).



## CLINIQUE MÉDICALE DE FONTENAY-S.-BOIS

(Seine)

6, Avenue des Marronniers — Tél. : Tremblay 12-87

Médecin-Directeur :

Docteur G. COLLET, Ancien interne des Asiles de la Seine

### TRAITEMENT DES MALADIES NERVEUSES

ISOLEMENT — PSYCHOTHÉRAPIE — RÉGIMES — HYDROTHÉRAPIE  
ÉLECTROTHÉRAPIE

ÉTABLISSEMENT SITUÉ EN BORDURE DU BOIS DE VINCENNES — PARC  
PAVILLONS SPÉCIAUX POUR DAMES ET JEUNES FILLES

MAISON DE REPOS pour PERSONNES AGÉES et pour CONVALESCENTS  
MOYENS DE COMMUNICATIONS FACILES AVEC PARIS

*Chemin de fer de Vincennes, Place de la Bastille, à Paris*  
*Autobus n° 122 au Château de Vincennes (Station du Métro).*

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| taux consécutifs aux traumatismes crânio-cérébraux ..... | 728 |
| ANGEL, A. MASCIOTRA et N. LETTIERI. — Névrose            |     |

|                                                            |     |
|------------------------------------------------------------|-----|
| traumatique, simulation inconsciente et camptocormie ..... | 728 |
| J. BURNFORD. — Intoxications alimentaires. 729             |     |

## VARIÉTÉS

|                                                                                                     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Société Médico-Psychologique :                                                                      |     |
| Séances .....                                                                                       | 731 |
| Hôpitaux Psychiatriques :                                                                           |     |
| Nécrologie .....                                                                                    | 731 |
| Nominations .....                                                                                   | 731 |
| Postes vacants .....                                                                                | 732 |
| Concours pour 15 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques .....                           | 732 |
| Concours pour 2 postes de Médecin-Chef des Hôpitaux psychiatriques du département de la Seine ..... | 733 |
| La commémoration du Centenaire de la loi de 1838 sur les aliénés .....                              | 733 |
| Création d'établissements d'assistance psychiatrique .....                                          | 731 |

|                                                                                               |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Médecine légale :                                                                             |     |
| Allénation mentale et divorce .....                                                           | 734 |
| L'accroissement de la criminologie infantile et du nombre des suicides en Angleterre. 735     |     |
| Réunions et Congrès :                                                                         |     |
| Réunion commune de la Société de Biotypologie et de la Société française de Psychologie ..... | 735 |
| Réunion neuro-psychiatrique en l'honneur du Dr Smith Ely Jelliffe .....                       | 735 |
| V <sup>e</sup> Réunion Européenne d'Hygiène mentale 736                                       |     |
| XI <sup>e</sup> Congrès International d'Histoire de la Médecine .....                         | 736 |
| Nécrologie .....                                                                              | 736 |

## INFORMATIONS

|                                                                                                                      |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (22 septembre 1939) ..... | XX   |
| XI <sup>e</sup> Congrès des Sociétés d'Oto-neuro-ophtalmologie de langue française .....                             | XXII |

|                                                                                     |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Congrès International de la Protection de l'Enfance (Frankfort, 12-18 juin 1938) .. | XXIV |
| 1 <sup>er</sup> Congrès International d'Histoire de la Médecine .....               | XXVI |

# CLINIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE

## du DOCTEUR BERSOT

*Le Landeron, près Neuchâtel (Suisse)*

Belle situation  
au-dessus  
du lac de Bienne

Installations  
modernes  
et confortables

2 médecins



Nombre restreint  
de malades

Vastes parcs  
ombragés

Gymnastique, sport  
Promenades  
Occupations variées

- Cures d'insuline, de cardiazol, de sommeil, de fièvre, -  
de désintoxication, de repos et d'isolement. — Psychothérapie

VIE DE FAMILLE — PRIX TRÈS MODÉRÉS

**Docteur H. BERSOT, Médecin-Directeur**



## CHOIX d'un NEURO-SÉDATIF SANS TOXICITÉ POUR LA PRATIQUE COURANTE

Dans la masse des préparations sédatives qui lui sont offertes, le praticien ne peut exercer en somme qu'un choix restreint.

La plupart de ces préparations, en effet, empruntent leur efficacité à un *barbiturique* de base ; or, l'expérience montre chaque jour au praticien que ses « nerveux » de clientèle, à qui il prescrit une fois un barbiturique, s'y accoutument, s'en procurent à son insu, s'intoxiquent peu à peu, et en viennent alors sans peine au suicide par coma barbiturique.

Depuis les découvertes de Zondeck et Bier, qui ont établi que le sommeil est déclenché par le *brome* des humeurs selon un mécanisme hormonal, le brome thérapeutique retrouve son ancienne faveur et l'on s'ingénie à préparer des composés bromés jouissant d'une telle propriété.

Seule la *sed'hormone*, à base d'un « Dibromocholestérol » de formule voisine de celle de la folliculine, a pu donner, à la dose de *quelques centigrammes* en brome, *sans bromisme ni aucun effet toxique*, les résultats suivants consacrés par l'expérience clinique :

1° Chez les **insomniques**, rétablissement du sommeil dès le début de la cure, non par sidération comme avec les hypnotiques habituels, mais par remise en marche du rythme physiologique, spécialement à la **ménopause** et dans l'âge mûr.

2° Dans le **mal comitial**, par substitution progressive totale ou partielle au barbiturique habituel, espacement des accès avec détente des troubles psychiques.

3° Chez les **petits nerveux, surmenés, obsédés, anxieux, névropathes**, sédation de l'énervement, des troubles sympathiques (angoisse, vertiges, migraines).

4° **Cure des toxicomanies** (morphine, cocaïne, barbituriques) par substitution progressive au toxique, lequel se fixe sur le noyau cholestérol.

5° Chez l'enfant, sédation des *Convulsions* de l'enfance, de l'*Instabilité* et de l'*Enurésie* d'origine centrale.

6° Sédation du **mal de mer**. — Diminution des premières douleurs de l'**accouchement** (sans perturbation du mécanisme des contractions, ni intoxications du fœtus, à craindre avec les opiacés, la scopolamine et les barbituriques). — **Anesthésie de base chirurgicale**.

### PRESCRIRE LA SED'HORMONE à la dose de

2 à 6 Dragées — ou 1 à 3 Suppositoires par jour

Chez l'enfant : 1 à 4 dragées, ou 1 à 2 Suppositoires par jour.

Dans l'anesthésie de base obstétricale ou chirurgicale : 1 à 4 Suppositoires.

ÉCHANTILLONS MÉDICAUX SUR DEMANDE

Laboratoires AMIDO, A. BEAUGONIN, Pharmacien

4, Place des Vosges -- PARIS, IV<sup>e</sup>

## INFORMATIONS

---

### CONGRES

#### DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

---

La 43<sup>e</sup> session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'ouvrira à Montpellier, le 22 septembre 1939.

Le bureau de la session est ainsi composé :

*Président* : M. le Professeur ROGER, de Marseille ;

*Vice-président* : M. le Professeur POROT, d'Alger ;

*Secrétaire général* : M. le Professeur COMBEMALE, de Bailleul ;

*Trésorier* : M. le Docteur VIGNAUD, de Paris ;

*Secrétaire annuel* : M. le Docteur HUGUES, de Montpellier.

(A suivre, page d'annonces XXI).

## MAISON DE SANTÉ

161, rue de Charonne -- PARIS-XI<sup>e</sup>

Téléphone : ROQUETTE 05-05

---

Traitement des maladies mentales et nerveuses des deux sexes

---

Grand parc de 2 hectares en plein Paris

---

Pavillons et jardins séparés

---

Directeur : le D<sup>r</sup> CL. VURPAS

*Médecin de La Salpêtrière*

---

Les familles sont reçues tous les jours de 2 heures à 5 heures

**CONGRES**  
**DES MEDECINS ALIENISTES ET NEUROLOGISTES**  
**DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE**  
*(Suite)*

---

Questions mises à l'ordre du jour de la 43<sup>e</sup> session :

**PSYCHIATRIE** : *Les anorexies mentales*, par le Docteur **ALBERT CRÉ-MIEUX**, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de Marseille.

**NEUROLOGIE** : *Les problèmes psychiatriques et neurologiques immédiats et tardifs des traumatismes crâniens*, par le Docteur **SCHMITZ**, *in memoriam* et le Docteur **SIGWALD**, ancien chef de clinique de la Salpêtrière.

**MÉDECINE LÉGALE** : *Les conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels*, par le Docteur **LÉCULIER**, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Bégard.

(A suivre, page d'annonces XXII).

**VILLA PENTHIÈVRE**  
*Maison de Santé et de Convalescence*  
**SCEAUX (Seine) Tél. 12**

**PSYCHOSES — NÉVROSES**



**MÉDECIN-DIRECTEUR** : **D<sup>r</sup> BONHOMME**, Ancien Interne des Asiles de la Seine  
**MÉDECINS ASSISTANTS** : **D<sup>r</sup> CODET**, Ancien Chef de Clinique de la Faculté

**XI<sup>e</sup> CONGRES**  
**DES SOCIÉTÉS D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE**  
**DE LANGUE FRANÇAISE**

Le XI<sup>e</sup> Congrès des Sociétés d'oto-neuro-ophtalmologie de langue française aura lieu à Bordeaux les 3, 4 et 5 juin 1938.

**PROGRAMME :**

*Vendredi 3 juin.* — 9 h. : Faculté de Médecine : Séance d'ouverture. *Président* : M. TERRACHER, recteur de l'Université de Bordeaux.  
— Discours de réception, par M. le Doyen MAURIAC.

9 h. 30 : Exposé du rapport sur les « *Hallucinations en oto-neuro-ophtalmologie* », par M. DE MORSIER (de Genève).

14 h. 30 : Faculté de Médecine : Exposé et discussion des rapports.

16 h. 30 à 19 h. : Rassemblement à la Faculté de Médecine.

20 h. 30 : Rassemblement place de la Comédie : Départ pour la réception offerte aux Congressistes par M. le Président et Mme G. PORTMANN (Abbaye de Bonlieu). Tenue de soirée.

*Samedi 4 juin.* — 9 h. 30 : Faculté de Médecine : Fin de la discussion des rapports et communications diverses.

14 h. 30 : Communications diverses.

(A suivre, page d'annonces XXIII).

**LE CASTEL  
D'ANDORTE**

- 342, Route du Médoc -  
LE BOUSCAT, près Bordeaux  
- Téléphone : BORDEAUX 836-30 -

**MALADIES MENTALES  
- ET NERVEUSES -**

— ♦ ♦ ♦ —  
Médecin-Directeur :  
Docteur Pierre CHARON

**XI<sup>e</sup> CONGRES**  
**DES SOCIETES D'OTO-NEURO-OPHTALMOLOGIE**  
**DE LANGUE FRANÇAISE**

(Suite)

16 h. 30 : Rassemblement Faculté de Médecine : *Visite des chais.*

18 h. : *Réception* et dégustation offerte aux Congressistes à la Chambre de Commerce.

20 h. : *Diner officiel.* (Tenue de soirée).

*Dimanche 5 juin.* — 9 h. 30 : *Excursion.* Rassemblement place de la Comédie : Départ pour Saint-Emilion. Visite de la ville. Déjeuner. Retour par les vignobles du Sauternais, La Brède.

*Programme des Dames.* — Vendredi, 16 h. 30 : Visite de la ville avec les congressistes. — Samedi, 15 h. : Visite des musées, puis visite des chais avec les congressistes.

Pour le logement, les facilités de voyage et excursions organisées pour les jours suivants, s'adresser : Agence Duchemin-Exprinter, 26, avenue de l'Opéra, Paris.

*Secrétariat général* : D<sup>r</sup> TOURNAY, 58, rue de Vaugirard, Paris.

*Secrétariat local* : Prof. PORTMANN, 25 bis, cours de Verdun, Bordeaux.

(A suivre, page d'annonces XXIV).

## **CLINIQUE PRIVÉE**

D<sup>r</sup> Th. BRUNNER

## **KUSNACHT près ZURICH**

Traitement des maladies mentales et nerveuses. Cures pour convalescents et surmenés. Traitement spécial de l'épilepsie (méthode D<sup>r</sup> Ulrich), des toxicomanies (insuline) et des affections parasymphilitiques (intrarachidien et malaria). Installations hydro- et électrothérapiques. Possibilité d'occupations diverses et de sport (golf, tennis, gymnastique, équitation, canotage, natation, pêche).

## **CUISINE INDIVIDUELLE ET DIÉTÉTIQUE**

4 maisons séparées, situées dans un vieux parc, au bord du lac

**Prix de pension à partir des frs. s. 15**

(traitement médical y compris)

**2 médecins.**

**Médecin en chef : D<sup>r</sup> Th. BRUNNER**

**CONGRES INTERNATIONAL  
DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE  
Francfort (12-18 juin 1938)**

---

Patronage : Dr GOEBBELS, Ministre de la propagande du Reich.

Présidence d'honneur : M. Henri JASPAR, Ministre d'Etat, ancien Premier Ministre de Belgique, Président de l'Œuvre nationale belge de l'enfance.

La XIII<sup>e</sup> session de l'Association internationale pour la protection de l'enfance, organisée en collaboration avec le Reichszusammenschluss für Öffentliche und freie Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe, de Berlin, aura lieu à *Francfort-sur-le-Main*, du 12 au 18 juin 1938.

Le Gouvernement du Reich a convié les Gouvernements des Etats étrangers à cette session, qui revêtira le caractère d'un Congrès international.

**PROGRAMME**

**Dimanche 12 juin.** — 20 heures : Réception des congressistes par M. HILGENFELDT, Président du Reichszusammenschluss für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe, dans la grande salle du Palmengarten.

*(A suivre, page d'annonces XXV).*

**Etablissement Médical de MEYZIEU (Isère)  
Près LYON**

*Fondé en 1881 par le Docteur Ant. COURJON*

---

**Direction médicale**

Dr Rémi COURJON, Médecin des Asiles, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon, Expert près la Cour d'Appel de Lyon.

Dr Jean THÉVENON, Ex-interne des Hôpitaux de Lyon, Ancien Chef de Clinique Neuro-Psychiatrique à la Faculté de Lyon.

Un médecin-adjoint

---

**MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

NÉVROSES, PSYCHOSES, INTOXICATIONS  
CURE DE RÉGIME, SEVRAGE, ISOLEMENT

---

*Pour tous renseignements : s'adresser au Directeur à Meyzieu, tél. n° 5, ou à Lyon, Cabinet du Dr Rémi Courjon, 4, rue Président Carnot, les mardi et jeudi de 15 à 17 h. Tél. Franklin 07-28.*

## CONGRES INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Suite)

Brèves allocutions de M. SPRENGER, Reichsstalthalter et Gauleiter, et de M. HILGENFELDT, Reichshauptamtsleiter, suivies d'un souper par petites tables, d'une sauterie et d'un concert-promenade dans les jardins.

**Lundi 13 juin.** — 9 heures 30 : Séance inaugurale dans le Saalbau :

1. M. LEREDU, ancien Ministre français de l'hygiène, Président de l'Association internationale pour la protection de l'enfance, transmet ses pouvoirs au nouveau Président.

2. Allocution du nouveau Président.

3. Rapport de M. MAQUET, Secrétaire général de l'A.I.P.E.

4. Discours de M. Henri JASPAR, Ministre d'Etat, Président de l'Œuvre nationale belge de l'enfance.

5. Discours du D<sup>r</sup> GOEBBELS, Ministre du Reich.

Après la séance inaugurale, séance plénière.

Exposé de la question : L'enfant, considéré par rapport aux finances publiques, l'impôt et les assurances sociales, par M. Fritz REINHARDT, Secrétaire d'Etat au Ministère des Finances du Reich.

Rapports succincts des Représentants des autres pays.

(A suivre, page d'annonces XXVI).

III

## CHATEAU DE PREVILLE

Tél. 52 ORTHEZ (Basses-Pyrénées)



●  
**D<sup>r</sup> Marcel DHERS**

◆  
Climat toni-sédatif

MAISON  
de Traitements  
de Repos ———  
de Régimes —

~~~~~  
Affections nerveuses
Intoxications
Convalescences
●

III
Installation luxueuse et plaisante sur les bords du Gave au milieu
-- d'un parc de douze hectares à proximité de Pau et Biarritz --
Rayons X — Electrothérapie — Hydrothérapie — Psychothérapie

CONGRES INTERNATIONAL
DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Suite)

15 heures 30 : Séances des sections.

1. Section médicale : La protection de l'enfant estropié assurée par le dépistage précoce et le traitement immédiat.

Président : D^r WALTER, Reichsbundesleiter des Reichsbundes der Körperbehinderten, Berlin.

Rapporteur général : Professeur-D^r HOHMANN, Directeur de la Clinique chirurgicale-orthopédique de l'Université, Friedrichsheim, Francfort-Niederrad.

2. Section juridique : Quand des mesures législatives ou des institutions publiques doivent-elles suppléer à la carence des parents ?

Président : D^r ZEITLER, Vice-Président du Deutscher Gemeindetag, Berlin.

Rapporteur général : Oberbürgermeister D^r KRACHT, Flensburg.

3. Section sociale-pédagogique : Utilité, au point de vue social et éducatif, du placement des enfants des villes à la campagne.

Président : Reichsamtseiter ALTHAUS, chef du Amt für Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe au Hauptamt für Volkswohlfahrt, Berlin.

(A suivre, page d'annonces XXVII).

Epilepsie
ALEPSAL

simple, sûr, sans danger

Échantillons & Littérature
LABORATOIRES GÉNÉVRIER 2 Rue du Débarcadère PARIS.

CONGRES INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Suite)

Rapporteur général : D^r Med. BENZING, Cassel, Gauamtsleiter au Amt für Volkswohlfahrt.

Le soir : Représentation de l'opéra, *L'enlèvement au Sérail*, de Mozart, au Städtisches Schauspielhaus. — Cette représentation est offerte aux congressistes par la ville de Francfort.

Mardi 14 juin. — 9 heures 30 : Séances des sections.

15 heures 30 : Suite et clôture des séances des sections.

Le soir : Réception et banquet offert par la ville de Francfort. Deux membres de chaque délégation seront invités.

Mercredi 15 juin. — 10 heures : Séance de clôture du Congrès. Adoption des conclusions et des vœux. Allocutions finales.

14 heures : Visite de la clinique chirurgicale-orthopédique de Friedrichsheim ou du Centre de récréation des mères, à Falkenstein, dans les montagnes du Taunus.

Après les visites, arrêt à Bad Homburg ou à Königstein pour prendre le thé.

Arrivée à Wiesbaden à 19 heures.

(A suivre, page d'annonces XXVIII).

LE COTEAU

SAINT-MARTIN-LE-VINOUX

Près GRENOBLE (Dauphiné)

—

-- Maison de traitements --
de repos et de convalescence
-- pour maladies nerveuses --
-- -- en cure libre -- --

Ouverte toute l'année -- Confort moderne
Vue admirable -- Renseignements à la gérante
Téléphone 11-38-Grenoble

MÉDECIN TRAITANT : Docteur MARTIN-SISTERON
Médecin des Hôpitaux de Grenoble

CONGRES INTERNATIONAL
DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Suite)

19 à 23 heures : Réception des congressistes par M. SPRENGER, Reichsstatthalter et Gauleiter. Brève allocution du Dr MIX, Oberbürgermeister, au Kurhaus de Wiesbaden. Banquet, sauterie et illumination du jardin.

Après 23 heures, retour en autobus, à Francfort.



Allocutions et discours. — Les allocutions et discours de la séance inaugurale et des deux séances plénières, qui se tiendront dans la grande salle du Saalbau, seront transmises par appareil Siemens, dans les quatre langues officielles du Congrès, c'est-à-dire en allemand, en français, en anglais et en italien. Chaque congressiste pourra, au moyen d'écouteurs installés à chaque fauteuil, entendre les discours prononcés devant le microphone, dans la langue qui a ses préférences.

Bureau d'accueil à Francfort-sur-le-Mein. — Dès le samedi 11 juin, un Bureau d'accueil sera établi sur la place de la gare, à Francfort, où tous les congressistes débarqueront. Les congressistes y recevront les cartes de légitimation, la plaquette, les rapports imprimés, les

(A suivre, page d'annonces XXIX).

ÉTABLISSEMENT HYDROTHÉRAPIQUE
ET
MAISON DE CONVALESCENCE

Docteur J.-B. BUVAT et Docteur G. VILLEY-DESMESERETS

*Anciens Internes des Asiles de la Seine
Médecins-Directeurs*

VILLA MONTSOURIS
130, rue de la Glacière
PARIS

Téléphone : Gobel. 05-40
MARDI, VENDREDI
2 à 5

CHATEAU de l'ABBAYE
VIRY-CHATILLON
(S.-et-O.)

Téléphone : Juvisy 76

—
PARC : Huit Hectares

TRAITEMENT DES MALADIES
NERVEUSES ET DES TOXICOMANIES
— PRIX MODÉRÉS —

CONGRES INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(Suite)

billets de réservation des hôtels et tous les autres documents concernant le Congrès. Des interprètes seront à la disposition des congressistes et les accompagneront aux hôtels.

Montant de la participation au Congrès. — Le montant de la participation au Congrès a été fixé à 50 francs belges, ou 5 RM.

Il a été prévu une catégorie de congressistes-associés (personnes accompagnant les congressistes) qui paieront une cotisation de 35 francs belges ou 3,50 RM.

Les congressistes-associés peuvent participer aux voyages d'études et aux excursions payantes.

Carte de légitimation. — Le Comité allemand du Congrès a établi une carte de légitimation du Congrès. Cette carte est incessible, numérotée et porte le nom, la nationalité, le titre, l'adresse et la signature du porteur.

Secrétariat. — A partir du 25 mai, l'adresse du Secrétariat du Congrès sera : Saalbau, Junghofstrasse, Francfort-sur-le-Mein.

Billets et prix du transport. — Il est expressément recommandé aux congressistes de faire réserver leurs billets d'aller et de retour, en temps utile, aux agences de la Mitteleuropäisches Reisebüro (voir

(A suivre, page d'annonces XXX).

ALLOCHRYSINE LUMIERE

AUROTHÉRAPIE PAR VOIE INTRAMUSCULAIRE
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE SOUS TOUTES SES FORMES
Absorption facile et rapide — Tolérance parfaite
Aucune réaction locale, ni générale

CRYOGÉNINE LUMIÈRE

LE MEILLEUR ANTIPYRÉTIQUE ET ANALGÉSIQUE
ACTION VÉRITABLEMENT RAPIDE DANS LA FIÈVRE ET LA DOULEUR
Ne détermine pas de sueurs profuses, ni de tendance au collapsus, ne ferme pas le rein, ne provoque pas de vertiges — Pas de contre-indications

CRYPTARGOL LUMIÈRE

COMPOSÉ ARGENTIQUE STABLE, ATOXIQUE
AUSSI ANTISEPTIQUE QUE LE NITRATE D'ARGENT
Non irritant, kératoplastique
Aucune intolérance digestive ou cutanéomuqueuse — Jamais d'argyrisme

EMGÉ LUMIÈRE

MÉDICATION HYPOSULFIQUE MAGNÉSIENNE
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT DE TOUS LES TROUBLES LIÉS
A UN ÉTAT D'INSTABILITÉ HUMORALE. **ANTI-CHOC.**

Sté A^{me} des Produits Chimiques Spéciaux " **BREVETS LUMIÈRE** "
45, Rue Villon, LYON — Bureau à PARIS, 3, Rue Paul-Dubois

CONGRES INTERNATIONAL DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE

(suite)

la liste ci-jointe, page 13), afin qu'ils puissent jouir de la réduction de 60 %, prévue pour les étrangers, sur les chemins de fer du Reich. Les agences de la Mitteleuropäisches Reisebüro donneront toutes les informations nécessaires au sujet de l'acquisition de lettres de crédit, de marks enregistrés, etc. •

Voyages et excursions. — Le voyage (frais de déplacement et prix d'entrée dans les divers musées), pendant les journées des 16, 17 et 18 juin, sera offert gracieusement par le Comité allemand du Congrès.

Les congressistes sont priés de remplir le questionnaire joint au programme et d'indiquer à quel voyage d'études ils désirent participer (A ou B). D'autres excursions seront organisées aux principales villes d'art allemandes et des visites aux institutions de protection sociale et médicale de l'enfance.

A. VOYAGE EN ALLEMAGNE DU NORD : Francfort, Giessen, Marburg, Cassel, Eisenach, la Wartburg, Weimar, Bad Kösen, Naumburg, Halle, Wittenberg, Berlin.

B. VOYAGE EN ALLEMAGNE DU SUD : Francfort, Darmstadt, Lindenfels Mannheim, Heidelberg, Heilbronn, Rothenburg, Neuendettelsau, Nuremberg, Weissenburg, Eichstadt, Ingolstadt, Munich.

(A suivre, page d'annonces XXXI).

MAISON DE SANTÉ D'ÉPINAY-SUR-SEINE

(Fondée par le Dr Tarrius)

6, Avenue de la République, EPINAY-sur-SEINE

Téléphone : 68 St-Denis



Maladies mentales et nerveuses des deux sexes
Désintoxications - Cures de repos - Hydrothérapie - Electrothérapie
Rayons ultra-violetes

PAVILLONS SÉPARÉS ET VILLAS PARTICULIÈRES

très confortables au milieu d'un parc de 15 hectares

CHAUFFAGE CENTRAL -- ELECTRICITÉ -- CHAPELLE

*L'établissement est largement ouvert à tous les Médecins
qui peuvent continuer d'y traiter leurs malades*

Moyens de communication : Tramway n° 54, Place de la Trinité-Enghien (s'arrête devant l'Etablissement). — Chemin de fer gare du Nord, trajet en 10 minutes. — Automobiles, route d'Enghien, 7 kilomètres de Paris.

14^e CROISIÈRE MÉDICALE FRANÇAISE

Croisière d'été 1938, du 17 au 31 juillet, sur un des plus beaux paquebots de la C^{ie} Générale Transatlantique : *S/S Colombie*.

Escales et excursions à terre : Le Havre, Cap Finistère, Lisbonne, Casablanca, Funchal (Madère), Ponta Delgada (Açores), Le Havre.

Prix. — Le tarif des excursions dépend à la fois des variations du coût de la vie dans les pays visités et des fluctuations des changes.

Prix des passages : Première classe : de 5.250 à 9.700 fr. — Première mixte : de 3.150 à 4.600 fr. — Classe « Touriste-Troisième » : extérieure, 2.900 fr. par personne ; intérieure, 2.400 fr. par personne.

Réservation des places. — Les demandes d'inscription doivent être adressées au Secrétariat des Croisières Médicales, 9, rue Soufflot, Paris. Tous les passagers recevront une feuille d'adhésion des Croisières Médicales Françaises. Les recouvrements sont faits uniquement par la Compagnie Générale Transatlantique. Toute place n'est considérée comme définitivement réservée que si elle est accompagnée

(A suivre, page d'annonces XXXII).

NEUROBORE PUR

Solution inaltérable de tartrate borico-potassique pur
1 gr. par cuillerée à café

SPÉCIFIQUE DES AFFECTIONS NERVEUSES

Pas d'Acné — Pas de troubles gastro-intestinaux — Pas de dépression cardiaque

NEUROBORE -G- ASSOCIÉ

Tartrate borico-potassique + Phénylethyl-malonylurée + Correctif
en cachets solubles

MÉDICATION D'ATTAQUE

des Affections nerveuses graves, des Insomnies rebelles

CANTÉINE

BOUTEILLE

(Cratægus -- Passiflore -- Hamamélis -- Salix alba)
Erethisme cardiaque - Neurasthénie - Mélancolie - Déprimés
-- Troubles circulatoires et troubles nerveux consécutifs --

Echantillon gratuit sur demande

Laboratoire E. BOUTEILLE, 23, rue des Moines, PARIS (17^e)

14^e CROISIÈRE MÉDICALE FRANÇAISE

(Suite)

d'un versement de 1.000 fr. Le complément devra être versé quinze jours au moins avant le départ. Tout envoi de mandat-poste ou de chèque sur Paris devra être libellé au nom de la Compagnie Générale Transatlantique, 6, rue Aubert, Paris.

Renseignements généraux. — Formalités : Passagers français : MM. les passagers français seront dispensés du passeport ; ils devront, toutefois, faire parvenir à la Compagnie Générale Transatlantique, à la date de leur inscription, les renseignements ci-après : nom, prénoms, lieu et date de naissance, profession, adresse. — Passagers étrangers : prière d'écrire au secrétariat des Croisières Médicales Françaises.

Services assurés à bord. — Service médical, usage des salles de bains ou douches communes, disposition d'une chambre noire (gratuit), blanchisserie, coiffeur, travaux photographiques, bar, etc, suivant les tarifs officiels de la Compagnie).



VILLA LUNIER à BLOIS

consacrée aux maladies mentales

Cet établissement, fondé en 1860 par l'éminent **D^r LUNIER**, sis sur un plateau salubre à la périphérie de la ville, 1.500 mètres de la gare, se trouve au milieu d'un parc magnifique de 11 hectares. Il comporte toutes les commodités modernes : Chauffage central. Eclairage électrique, etc., et les divers moyens de traitements classiques.

Les pensionnaires y sont soignés par des religieuses, par des infirmiers et par des infirmières laïques. Le service médical est confié à un Médecin en chef-Directeur, assisté d'Internes.

Le prix de pension varie de 550 fr. par mois à 1.600 fr. selon les classes, le prix des pavillons particuliers oscille entre 2.600 et 3.600 fr. par mois d'après leur importance et les exigences spéciales des familles. —
Téléphone : 2-82.

Médecin en Chef-Directeur : D^r OLIVIER

Pour RENSEIGNEMENTS, demander le PROSPECTUS DÉTAILLÉ



